Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja.
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 17 marca 1883. № 11. Rok XXII.

I. Z prosektoryjum szpitala powszechnego we Lwowie.

Włókniak po części tłuszczak śluzakowaty (Köster) więzu przedkręgowego.

Opisał Dr. W. Pisek,
b. asystent katedry anatomii patolog. Uniw. Jagiell., obecnie lekarz szpitala powszechnego lwowskiego.

„*Haec etiamsi medicum non faciunt, medicinae tamen aptiorem reddant*“ możnaby z pergamejskim mistrzem powiedzieć o kazuistyce anatomicznéj. Minęły wprawdzie czasy, w których starannie zapisywano i najmniéj znaczący szczegół przy sekcyjach wykryty, gdzie opis rzadszego zboczenia chorobowego rzucał światło w któryś ciemny zakątek naszéj wiedzy lekarskiéj i tyle zaważył, co odkrycie nowéj prawdy; pomimo to jednak i w obec dzisiejszego stanu nauki kazuistyka lekarska, a w szczególności anatomiczna, pozostaje dzielną podporą klinicysty, cenną mistrzynią praktyka, teoretykowi zaś jest ona argumentem za lub przeciw teoryjom, którym nigdy nie poszkodzi zbytek dowodów.

Dwojakiego rodzaju pobudki skłoniły mnie do podania niniejszego opisu do wiadomości powszechnéj. Przedewszystkiém rozmiary, dotąd nie wiem czy spostrzeżone, u nowotworu z tkanki zaotrzewnowéj a raczéj z więzadła przedkręgowego (*Ligamentum longitudinale anterius columnae vertebralis*) swój początek biorącego; a powtóre rzadsza kombinacyja utkań w skład nowotworowych mas wchodzących.

Przypadek dotyczy staruszki 60-letniéj, zmarłéj w szpitalu powszechnym lwowskim po stosunkowo krótkim tamże pobycie. Oto wynik oględzin pośmiertnych z dnia 31go sierpnia 1882 r.

Zwłoki kobiety dobrze zbudowanéj. Skóra blada, na odnogach mocno napięta, połyskująca. Tkanka podskórna tak odnóg jak i tułowia w wysokim stopniu surowiczo obrzękła. Brzuch olbrzymio wzdęty, zniekształcony skutkiem obecności nieprawidłowéj treści w jamie brzusznéj. Okolica mostka nieco wypuklona. Wydęcie brzucha sięga aż po mostek, tak iż zwisającą szczękę dolną oddziela zaledwie przestrzeń 5—6cm. od wyczuwalnych tuż przy mostku guzów jamy brzusznéj. Szyja krótka, klatka piersiowa szeroka, wszędzie mierny pokład tkanki tłuszczowéj podskórnéj obok znacznego obrzęku surowiczego. Kości czaszkowe niezmienione, tożsamo opony mózgowe. Sam miąższ mózgowia obok miernego przekrwienia zastoinowego okazuje cechy zaniku starczego.

Po otwarciu jamy brzusznéj okazuje się guz imponujący swemi wymiarami, zajmujący całą jamę brzuszną i miednicę, a ku górze wypierający przeponę do poziomu trzeciéj pary żeber. Ponad guzem przebiega ukośnie od góry i od strony lewéj ku dołowi i na prawo szarawo zielonkowaty na dwa palce szeroki postronek, w którym po bliższém zbadaniu rozeznać można część jelita grubego, mianowicie jelito zstępujące znacznie wyciągnięte, przyrośnięte ściśle do guza i opasujące go w kształcie obręczy, znikając pod guzem w zatoce prawéj kości bezimiennéj. W téjże miejscu znachodzą się jelita cienkie, w luźny ze sobą niepozrastany kłąb zwinięte, w części wydobywające się z pod guza, dającego się w tém miejscu nieco ku lewéj stronie podnieść. Wzdłuż strony prawéj guza przebiega jelito wstępujące, znacznie wydęte, pozrastane z guzem a przechodzące łukowato w część poprzeczną. Część ta ułożona jest w rowku mniéj więcéj poprzecznie przebiegającym ze strony prawéj ku lewéj, a utworzonym przez płaty względnie guzy mniejsze, stanowiące ciąg dalszy masy nowotworowéj poniżéj w jamie brzusznéj rozrosłéj. W miejscu odpowiadającém zagięciu śledzionowemu jelita grubego przechodzi część tegoż poprzeczna w ów wyciągnięty wyżéj wymieniony pas w kształcie przekątni dzielącéj cały guz na dwie połowy.

S i e ć w i e l k a przechodzi jako ciąg dalszy więzu żołądko-okrężnicowego z okrężnicy ponad guzem ukośnie ku zewnątrz, zrastając się w okolicy zagięcia śledzionowego

z masami nowotworowemi. Sieć duża jest zresztą wolna, nie przyrośnięta do guzów pokrytych przez nią w nieznacznéj tylko części górnéj. Odsunąwszy nieco guz ku dołowi widzi się jego ciąg dalszy w postaci miększych, więcéj płaskich mas nowotworowych pod przeponę wciśniętych, przylegających do przedniéj ściany żołądka ściśniętego, wiotkiego, ukrytego w całości pod nowotworem. To samo dotyczy i wątroby guzami zasłoniętéj.

W ą t r o b a wyparta znacznie ku górze okazuje po usunięciu na bok mas nowotworowych swą dolną powierzchnię zwróconą ku przodowi, górną zaś ku tyłowi. (Skręcenie koło osi poprzecznéj ku górze). W całości wątroba ściśniętą była nowotworem wypychającym ją ku górze i ku tyłowi.

W obec kolosalnych rozmiarów guza rzeczą nieodzowną było zmienić nieco tryb oględzin pośmiertnych. Skoro się pooryjentowałem w ogólnych zarysach o stosunkach topograficznych, przekonawszy się następnie, że w miednicy małéj dają się dotykiem stwierdzić: po pierwsze, ciąg dalszy jelita zstępującego od strony dolnéj prawéj guza temuż towarzyszący (i od dołu doń przyrośnięta kiszka stolcowa); powtóre obecność małéj, prawie niepowiększonéj, macicy z j a j n i k a m i nieco dyslokowanemi; po trzecie, obecność pęcherza i moczowodów uciśniętych, przystąpiłem do oględzin jamy piersiowéj, następnie napowrót do zbadania jamy brzusznéj.

M o s t e k, łukowato nieco ku przodowi się wypuklający krótki, pokrywa wyrostkiem mieczowym, a nawet częścią trzonu swego, masy nowotworowe poprzedzielane ścieńczałą częścią ścięgnistą przepony. W następstwie tego i serce głębiéj nieco w jamie piersiowéj było położonem. Pojęcie o dyslokacyjach trzew daje ta okoliczność, że w linii prostéj odległość łuku szczęki dolnéj (bródki) od mas nowotworowych mało co przewyższała szerokość dłoni.

P r z e p o n a, jak wyżéj wspomniano, sięga poziomu t r z e c i é j pary żebrowéj, w całości znacznie ścieńczała skutkiem nadmiernego wydęcia ku górze masami nowotworowemi.

P ł u c a oba wypuklające się z jam opłucnowych okazują po wydobyciu opłucnę sinawą, zasianą licznemi kropkami ciemnoczerwonemi, szczególnie na przylegających do siebie powierzchniach płatów. Części dolne obu płuc łykowate, sinawe, bezpowietrzne, uciśnięte. Górne na przekroju ciemnoczerwone zalewają się obficie pienistą cieczą. W częściach przybrzeżnych płuca są bledsze, znacznie powietrzem poduszkowato wzdęte.

Osierdzie blade, gładkie. S e r c e w swéj prawéj połowie znacznie rozszerzone, wiotkie, okazuje na swéj powierzchni liczne drobne kropkowate wynaczynionki, usadowione szczególnie w rowku naczyń wieńcowych lub w pobliżu tychże. Śródsierdzie i zastawki niezmienione, w komórkach mało skrzepów, natomiast znaczniejsza ilość płynnéj ciemnoczerwonéj, gęstej krwi. Mięsień sercowy b r u n a t n a w y, częścią żółtawy. Naczynia wieńcowe niezmienione.

W ą t r o b a nieco zmniejszona, okazuje brzegi ostre. Torebka cienka przejrzysta. Więzadła cienkie wieńcowe nieco wydłużone. Miąższ wątroby na rozkroju ciemnobrunatnawy o wyraźnym rysunku zrazikowym, znacznie przekrwiony, spojności prawidlowéj. Wnęka i przyrząd żółciowy nie okazują zmian.

Nerki przytykają wnęką do guzów nowotworowych, któremi lewa nerka w całości nawet jest objętą. Wielkość nerek prawidłowa. Torebka ściśle z masami nowotworowemi pozrastana. Na przekroju nerek widoczne są cechy zaniku starczego obok miernego przekrwienia. Miedniczki i moczowody nieco szersze, zresztą niezmienione.

Śledziona mała, zanikająca. Miąższ łykowaty, wiotki. W całości przyrośnięta do nowotworowych guzów.

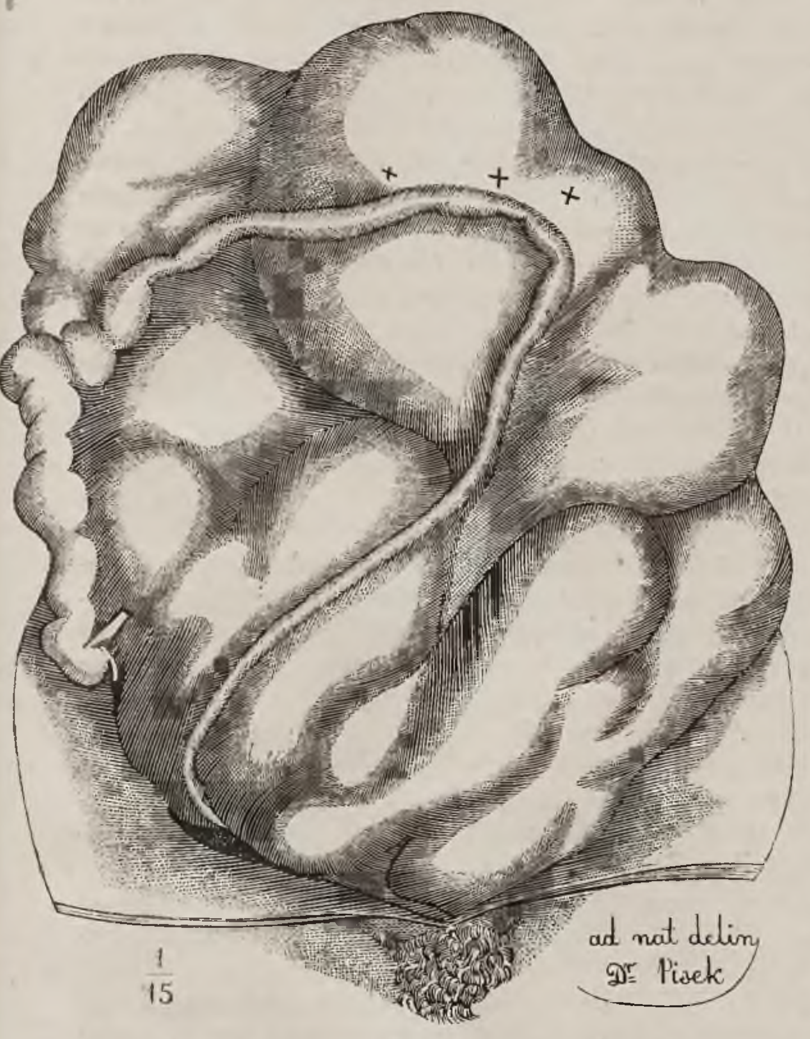
Po mozolném odpreparowaniu można było guz wraz z trzewami brzusznemi całkowicie wydobyć. Wydobywając guz przekonałem się, że z miednicą tylko nader luźno w związku pozostawał. Dolny tylko odcinek tegoż z góry zasłaniał wchód miednicy a masy nowotworowe usadowieniem swém sięgały ku dołowi co najwięcéj początku kości krzyżowéj, podczas gdy bezkształtne masy nowotworowe zwisały do miednicy, sięgając do tylnéj powierzchni macicy. Macica była ku przodowi pochyloną, ruchomą, nieznacznie wydłużoną, jajniki oba widoczne, (o czém obszerniéj nieco późniéj). Śród wydobywania guza można téż było stwierdzić jego początek czyli wyjście. Otóż najsilniéj był uczepiony wzdłuż kręgów lędźwiowych od strony lewéj, w téj téż linii począwszy od ostatniego kręgu piersiowego aż do kości krzyżowéj można było wykazać znaczny pokład białawéj, twardéj, miejscami prawie bliznowatéj, beleczki kostne zawierającéj, tkaniny, silnie z więzem przedkręgowym zespojonéj bez wyraźnego odgraniczenia w tenże przechodzącéj. W okolicy nerki lewéj podstawa czyli uczepienie guza stawało się szerszém przeistaczając się w masy tkanki łącznéj nerkę lewą obejmujące. Przy odpreparowaniu guzów można było tedy najdokładniéj stwierdzić, że tylko wzdłuż kręgów i tuż obok kręgosłupa istniał związek nowotworu z otoczeniem (podstawą). Należy sobie zatém wyobrazić, że jedyne uczepienie guza, podstawę jego, stanowiła przednia powierzchnia kręgów lędźwiowych. Po jednéj i drugiéj stronie leżały rozrosłe masy nowotworu, nieprzyrośnięte do tylnéj ściany brzusznéj, wyjąwszy okolicę lewéj nerki a po części i zagięcia wątrobowego jelita grubego.

N a c z y n i a g ł ó w n e jamy brzusznéj, jako to żyła dolna główna, tętnica główna brzuszna, nie okazywały, co jest uwagi godném, znaczniejszych zmian uciskowych, choć i jedna i druga były i długie lata musiały być bezpośrednio pokryte guzem. Żyła tylko była w całości nieco szerszą, zresztą niezmienioną. Tętnica główna była miażdżycą dotknięta.

Nim skończę rzecz o szczegółach topograficznych, jeszcze słów kilka o umieszczeniu j e l i t a c i e n k i e g o. Znachodziło się ono w całości po stronie prawéj guza tuż ponad kością biodrową prawą w sąsiedztwie bezpośredniém jelita ślepego. W tém miejscu szczególniéjsze ukształtowanie mas nowotworowych dozwoliło, jakby w zaułku, między okrężnicą a masami nowotworowemi, jelitom cienkim, wolnym od ucisku spokojnie leżeć. To też z wyjątkiem górnego odcinka jelita czczego i dwunastnicy p o d g u z e m p o ł o ż o n y c h nieco rozszerzonych i uciśniętych pozostałe części jelita cienkiego były zupełnie swobodne i niezmienione. Brak zmian większych uciskowych w jamie brzusznéj tłumaczy się szczególniejszą budową guzową nowotworu, wykazującego zatém liczne różnokształtne wyżłobienia, jakby szpary, redukujące w wysokim stopniu skutki ucisku.

Po wypróżnieniu jamy brzusznéj i odskrobaniu dokładném kręgów, przyczém na jaw występował wszędzie ścisły związek guza z powięzią przedkręgową, można się było przekonać, że kręgi wcale naruszonemi nie były, nadto w ich sąsiedztwie znachodziły się wśród utkania nowotworu blaszki

kostne tu i owdzie z okostnéj trzonów kręgowych wychodzące. Wyjęty nowotwór przedstawiał się jako olbrzymi konglomerat większych i mniejszych guzów oddzielonych od siebie głębokiemi rowkami, na podstawie jednoczących się w masę nowotworową więcéj jednostajną. Powierzchnia guzów poszczególnych lśniąca, wszędzie gładka, biaława lub żółtawa. Miejscami można było otrzewnę jako osłonę guzów rozeznać z całą dokładnością.



Włókniak zaotrzewnowy. Po stronie prawéj jelito ślepe. Jelito biodrowe, które w postaci kłębu pokrywało część nowotworu w tém miejscu, odcięte. Dwunastnica i część jelita czczego położone były pod nowotworem. Jelito zstępujące wyciągnięte, zwężone, przebiega ponad guzem ściśle z nim złączone i zagina się, przechodząc w odbytnicę w okolicy prawéj kości biodrowéj pod nowotwór. Wątroba żołądek w całości zakryte. Sieć mniejsza odcięta w miejscach + + +

(Dok. nast.)

II. Zarośnięcie pochwy macicznéj nabyte. Wyleczenie za pomocą operacyi.

Napisał Dr. Maksymilijan Kohn.

LITERATURA: Hegar u. Kaltenbach: *Operative Gynaekol.* 2 Aufl.— Puech: *Des atresies completes des voies gen. Anal. de Gynéc.* T. III. i T. IV.—Breisky: *Archiv-Corresp. Blatt f. Schweiz. Aerzte.—Prager med. Wochenschr. — Die Krankheiten der Vagina.* Stuttgart 1879. — C. Braun-Fernwald: *W. Allg. med. Ztg.* 1861, Nr. 53 — *Wiener med. Wochenschr.* XXIV. 36 i 37. — Richmond: *Ref. Centralbl. f. Gynaec.* 1877, p. 368.—M. Weiss: *Prager med. Wochenschr.* 1878 N. 21 i d.—Thomas Addis Emmet: *New York med. Rev.* II, Nr. 26 p. 35. — C. von Rokitansky: *Jahresbericht d. Maria-Theresia Fr. Hosp. über d. J. 1877.* — J. Klob: *Path. Anatomie d. weibl. Sexualorgane* p. 425.— Raciborski: *Traité de la menstruation.* Paris 1868, p. 526.—Müller: *Scanzoni's Beiträge* B. I. p. 67.—Steiner: *Wiener med. Woch.* 1871, Nr. 29 i 30. — G. Thomas: *Diseases of women.* 3 ed. p. 154.—Godefroy: *Gaz. des hôp.* 1856. Nr. 142.—Bryk: *Wien. med. Woch.* 1865. Nr. 11—18. — Gervis: *London Obst. Transact.* V. 5 p. 284.

Zarośnięcie pochwy tak wrodzone jak nabyte należy do zdarzeń rzadkich; następstwa téj zmiany bywają nieraz groźne, wskazania do operacyi często ostrożnie należy czynić a sam rękoczyn nieraz jest niebezpieczny; już te przeto okoliczności mogłyby usprawiedliwić ogłoszenie następującéj historyi choroby z kilkoma uwagami. Zachęcają mnie nadto rozmaite i wybitne różnice mego przypadku w porównaniu z innemi w literaturze opisanemi.

Zarośnięcia pochwy zdarzają się wtedy, kiedy przewód rodny jak zwykle jest z urodzenia pojedynczy, albo jest w części lub całości podwójny. Zarośnięcie pochwy pojedynczéj jest albo wrodzone albo nabyte. Pierwsze jest często połączone z wadą utworową, dotyczącą także macicy i jajników; znajdujemy wtedy brak pochwy właściwéj w połączeniu z brakiem macicy i jajników lub tylko z śladami tychże narządów. Te wady utworowe, jakkolwiek nieuleczne, nie przedstawiają jednak żadnych niebezpieczeństw; pociągają zaś za sobą zawsze niemożność prawidłowego spółkowania i niepłodność.

Inaczéj rzecz się przedstawia, gdy w obec dojrzałości płciowéj i należycie rozwiniętych jajników i macicy pochwa już to zaraz przy ujściu (*atresia hymenalis*), już téż to głębiéj w mniejszéj lub większéj rozciągłości jest zarośniętą, gdyż tu skutki stają się groźnemi a rękoczyn często niebezpiecznym.

Zarośnięcie takie może być rozmaite; może być brak w całéj części pochwowéj włókien Müllera a męcherz i odbytnica przedzielone są tylko cienką warstwą tkanki łącznéj, albo też brak części pochwy mniejszéj lub większéj lub wreszcie pochwa wykształcona zamknięta jest grubszą lub cieńszą błoną wrzekomą, a to w jedném lub kilku miejscach.

Jak zwężenia pochwy bliznowate nabyte dość często się wydarzają, tak znów zarośnięcie pochwy zupełne nabyte należy do bardzo wielkich rzadkości i jest następstwem zgorzeli powstałéj z ugniecenia, skaleczeń (zgwałcenia), wstrzykiwań żrących lub owrzodzeń rozmaitych powstałych w połogach, w skutek kiły, w przebiegu chorób ostrych, jak cholera, ospa, dur, płonica itd.

Jasną jest rzeczą, że następstwa téj zmiany chorobowéj z biegiem czasu stają się groźnemi i to tém cięższemi, im dłuższém jest trwanie choroby. Zarośnięcie bowiem pochwy, jeżeli jest wrodzone, wywołuje w czasie pokwitania, jeżeli zaś nabyte, w czasie następnych okresów miesiączkowania, zatrzymanie się krwi miesięcznéj w położonéj po nad zrośnięciem części przewodu płciowego, tj. w reszcie pochwy, daléj w macicy i trąbkach. Przez krew nagromadzoną, która do ilości kilku funtów dojść może, przewód ten coraz bardziéj się rozszerza i jeżeli tylko górna część pochwy starczy na jéj przechowanie, powstaje krwistek pochwowy (*Hematokolpos*); jeżeli i macica jest wypełnioną i rozdętą także, i krwistek śródmaciczny (*Haematometra*); a jeżeli i trąbki są zajęte: *Haematosalpinx*. Trąbki w tych razach prawie nigdy nie są jednostajnie rozdętemi, ale przedstawiają się jak różaniec z kilku woreczków krwią napełnionych obok siebie ułożonych, przyczém ujście maciczne i brzuszne trąbki prawie zawsze znajdujemy zamknięte. Jeżeli ujście trąbki brzuszne jest otwarte lub przez parcie nagromadzonéj krwi zostanie otworzone, wylewa się krew w jamę otrzewny i

w najlepszym razie powstaje w jamie Douglasa krwistek pozamaciczny (*Haematocele retrouterina*). Otorbienie wylanéj w jamę otrzewny krwi, jak wiadomo, połączone jest z pewną sprawą zapalną otrzewny; niemniéj nagromadzeniu krwi w trąbkach towarzyszy rozmaitego stopnia *Pelviperitonitis*, wywołująca zlepienia i zrosty późniéj przy operacyi wielki wpływ mieć mogące.

U dziewcząt jeszcze niemiesiączkujących, lub u kobiet już niemiewających czyszczeń miesięcznych miasto krwi może się nagromadzić znaczna ilość śluzu, ropy (Eppinger: *Prager Vierteljschr.* 1873, 4, s. 30) lub surowicy, wywołując rozdęcie przewodu rodnego temi cieczami (*Hydrometra*). Godefroy u dziecka dwumiesięcznego a Hirschsprung u dziecka 5 i 16 miesięcznego obserwowali trudności w oddawaniu moczu i kału w skutek nagromadzonéj w pochwie po za błoną dziewiczą bez otworu (*Atresia hymenalis*) dość znacznéj ilości śluzu; a prof. Bryk w Krakowie u 18-letniéj dziewczyny, która nigdy nie miesiączkowała, a u któréj podczas przyjęcia do zakładu dno macicy charakterystyczny kształt klepsydry przedstawiającéj sięgało na dwa palce po nad pępek, wypuścił po przecięciu zrośnięcia z pochwy i macicy $1^1/_2$ litra gęstego śluzu.

Wiadomą jest rzeczą, że czasem ciężarne, w celu zbrodniczym spędzenia płodu, robią sobie wstrzykiwania do pochwy płynami żrącemi, np. kwasem siarkowym, a w skutek tego powstałe szerokie zrośnięcia mogą stać się wskazaniem do wykonania cięcia cesarskiego, jak to podał Lévy (*Bibl. for. Laeger.* 1860. Okt. p. 39).

Ponieważ zwykle dopiero skutki atrezyi i dolegliwości wywołane krwią nagromadzoną zniewalają chore do szukania rady lekarskiéj, więc względnie rzadko bardzo natrafić można na te zmiany u osób jeszcze niemiesiączkujących. Mimo to zadaje sobie Hegar (*Gynaekol.* 1881 p. 56)) pytanie, czy należy operować te osoby i odpowiada na nie twierdząco, wychodząc z założenia, że operacyja, jakkolwiek trudniejsza, mniéj jednak przedstawia niebezpieczeństwa, dopóki po za zrośnięciem krwi nie ma nagromadzonéj w większéj ilości.

Wskazania leczenia nie ograniczają się tylko do usunięcia skutków choroby, tj. do wypuszczenia płynu nagromadzonego, lecz leczenie musi mieć na celu przedewszystkiém utworzenie stałéj wolnéj drogi dla odpływu wydzieliny macicznéj a w dalszym ciągu umożliwienie prawidłowego spółkowania i zapłodnienia, jeżeli stosunki anatomiczne ze względu na bezpieczeństwo życia nie przemawiają za utrzymaniem niepłodności. W przypadkach braku części rodnych wewnętrznych umożliwienie samego tylko spółkowania niektórzy, jak Rokitansky sen. i Madurowicz, uważają za rękoczyn moralnie nieuprawniony, jak to przy omówieniu takiego przypadku z ust ich sam słyszałem.

Co do sposobu operowania to tenże zależnym będzie zawsze od stosunków istniejących w każdym przypadku, niemniéj jednak zachodzą w zapatrywaniach różnych autorów znaczne różnice.

Atresia hymenalis nie przedstawia wielkich trudności: przebicie trójgrańcem lub szpiczastym bisturem błony zaporę stanowiącéj i następowe rozszerzenie otworu utoruje drogę odpływowi krwi nagromadzonéj. Jedni (Emmet) zaraz krew wybierają i wystrzykują płynami dezinfekcyjnemi, inni, a tych jest dziś większość (Madurowicz, Breisky i inni), pozostawiają w utworzonym otworze rurkę trójgrańca, aby krew powoli tylko własną siłą wychodziła, słusznie twierdząc, że nagle wywołana próżnia może dać powód do następstw bardzo niebezpiecznych. Sądzę, że nim przejdziemy do omówienia różnych sposobów operacyi zarośnięcia pochwy głębszego i rozleglejszego, nie od rzeczy będzie pomówić także o niebezpieczeństwach operacyi, o których co dopiero wyżéj wspomnieć musiałem.

Że operacyja jest rzeczywiście trudną bardzo i niebezpieczną, najlepiéj wykazuje statystyka zebrana przez Puecha. Na 139 operacyj z powodu *atresia hymenalis* przypadło 6 zejść śmiertelnych, na 28 przypadków zarośnięcia pochwy wrodzonego 6 zejść śmiertelnych i 2 operacyje niedokończone; na 33 przypadki zarośnięcia pochwy nabytego wreszcie było 8 operacyj niedokończonych i 6 zejść śmiertelnych.

O trudności operacyi wyraża się Hegar w ten sposób: „*Je breiter die Atresie ist, je weniger die benachbarten Organe* „*durch die Blutsackbildung auseinandergedrängt sind, um so* „*leichter ereignen sich beim Präpariren bis zum Blutsack* „*unbeabsichtigte Nebenverletzungen von Blase, Rectum, Peri-* „*toneum oder Ureteren. Auch haben zuweilen selbst die geüb-* „*testen Chirurgen die begonnene Operation als unausführbar* „*oder zu gefährlich aufgeben müssen.*“

Niebezpieczeństwa operacyjne są następujące: 1) Niezamierzone skaleczenia narządów sąsiednich podczas rękoczynu. 2) *Sepsis*. 3) Pęknięcie trąbek rozszerzonych przez krew nagromadzoną. 4) Tężec.

Co do pierwszego, to z przytoczonych wyżéj słów Hegara jasno wypływa, że trudno uniknąć skaleczeń niezamierzonych i to tak dalece, że Boyer i Dupuytren przypadki powikłane a zastarzałe uważali za bezwzględnie śmiertelne i operować ich nie chcieli. Niemniéj jednak skaleczenia te w zestawionéj przez Puecha statystyce prawie nigdy nie były powodem zejść śmiertelnych, więc niebezpieczeństwo przez nie wywołane nie jest groźném bezpośrednio, lecz tylko przez utworzenie przetok męcherzo-pochwowych lub odbytnico-pochwowych.

Co do spraw zakaźnych, wyjaśnić należy, że zakażenie po operacyi tylko bardzo rzadko i wyjątkowo jest bezpośrednim skutkiem infekcyi rany przez rękoczyn utworzonéj, lecz powstaje częściéj w skutek rozkładu krwi nagromadzonéj po za zrośnięciem, która po operacyi nie została jeszcze wydaloną, i weszła w styczność z powietrzem atmosferyczném. Zakażenie takie anatomicznie i klinicznie odpowiada obrazowi zwykłemu gnilnego zapalenia otrzewny.

Najgroźniejszemi, bo życiu bezpośrednio grożącemi, są pęknięcia trąbek po operacyi się wydarzające. Występują one albo tuż po operacyi w kilka godzin lub kilka dni albo dopiero podczas najbliższego miesiączkowania za nowym przypływem krwi i to zazwyczaj po szybszém wykonaniu jakiegoś ruchu, odwróceniu się na łóżku itp. Zejście śmiertelne bywa tu następstwem albo krwotoku wewnętrznego albo *peritonitis perforativa* (*traumatica*) *peracuta*. Pęknięcia te autorowie tłumaczą rozmaicie. Jedni przypisują je skurczowi macicy po jéj wypróżnieniu; trafnie jednak zapytuje Hegar, dla czego przed operacyją, kiedy jeszcze macica mocno jest rozdętą, skurcz śród kolek macicznych chore często nagabujących nie staje się przyczyną częstszego pęknięcia trąbek? Otóż przypuścić tu należy, że właśnie zmiany przez rękoczyn wywołane są czynnikiem usposabiającym do powstania tych pęknięć. Czynnika tego dopatrują się jedni w wypróżnieniu jamy macicznéj przez nagromadzoną krew rozdętéj, przez co ucisk śródmaciczny zostaje zniesiony, podczas gdy tenże wśród trąbek z obu stron zamkniętych utrzymuje się,

przez co ginie istniejąca dotąd równowaga i następuje wylew w stronę mniejszego ucisku, przyczém po zmniejszeniu macicy wypełnione trąbki więcéj są narażone na wpływy i urazy zewnętrzne.

Najważniejszym jednak i najlepiéj tłumaczącym całą sprawę czynnikiem jest ta wspomniana wyżéj okoliczność, że całéj sprawie chorobowéj towarzyszy prawie zawsze *pelviperitonitis adhaesiva,* któréj skutkiem są liczne zrosty trąbek z otrzewną ścienną. Po wypływie cieczy wypełniającéj macicę ostatnia obniża się naturalnie w miednicy kurcząc się i całym swym ciężarem z dodatkiem siły skurczu ciągnie za sobą trąbki niemogące w skutek zrostów z otrzewną posuwać się wolno z macicą, skutkiem czego trąbki pękają, a do tego przyczynia się jeszcze zazwyczaj albo nagły ruch albo silniejsze działanie tłoczni brzusznéj, jak np. śród oddawania stolca.

Co do czwartego punktu wspomniałem tu o nim tylko dla dokładności, gdyż tylko jeden Beutenmüller spostrzegał tężec po operacyi, o któréj mowa, a ostatecznie tężec niejednokrotnie wydarza się w obec wielu zmian chorobowych i po wielu rękoczynach, gdzie trudno go odnieść wprost do obecnéj choroby lub przedsięwziętéj czynności, a w naszéj sprawie tém trudniéj, ile że unerwienie macicy nie jest tak bogatém, aby na każde wrażenie zewnętrzne tak oddziaływało i na téj drodze tężec w przypadku Beutenmüllera wytłumaczyć było można.

Z przytoczonych tu niebezpieczeństw, towarzyszących operacyi zarośnięcia zupełnego pochwy, wynikają zarazem ostrożności, których w takiéj operacyi przestrzegać należy.

I tak pod względem większego przypływu krwi do części rodnych podczas miesiączkowania, a tém samém większego napięcia w odnośnych narządach, ważnym będzie wybór czasu do uskutecznienia rękoczynu i najchętniéj operować będziemy w krótkim czasie po czyszczeniu miesięczném. Prawda, że miesiączka nie objawia się u takiéj choréj odpływem krwi na zewnątrz, ale zazwyczaj chora potrafi oznaczyć czas przypadającéj miesiączki podług znacznie zwiększonych wówczas dolegliwości i nagłego podwyższenia objętości i stopnia zmian chorobowych.

Pod względem czynników wywołujących pęknięcia trąbek nie będziemy przyspieszać odpływu krwi poza przeciętém zrośnięciem pochwy nagromadzonéj, aby nie wywołać nagłych skurczów macicy i pociągań trąbek, ale starać się, aby narządy zwolna do zmieniających się stosunków przyzwyczajać. Opaską z podkładem waty lekko uciskającą wyrównamy choć w części ucisk zmniejszony i zabezpieczymy brzuch od wrażeń zewnętrznych. Starając się o ciągły, choć powolny, odpływ nagromadzonego płynu musimy chronić resztę tegoż przed zetknięciem się z powietrzem atmosferycznėm i zawartemi w témże istotami zakaźnemi. Ku temu celowi zakłada się kaniulę lub rurę szklaną w nowo utworzony kanał pochwowy, zamykając jéj ujście zewnętrzne jak najbardziéj antyseptycznie. Zalecony choréj spokój i wydatne dawki makowca chronić mają chorą od natężeń tłoczni brzusznéj i zbyt żywego ruchu robaczkowego jelit.

Kaltenbach proponował w r. 1874 punkcyję trąbek rozszerzonych przez krew nagromadzoną przez pochwę lub prostnicę, oceniając słusznie grożące z téj strony niebezpieczeństwo a Hegar podaje, że przy dzisiejszym stanie chirurgii antyseptycznéj nawet wycięcie takich trąbek w drodze laparotomii uważa za uprawnione, tylko ten jeden sposób chroniący od pęknięcia trąbek za pewny uważając. Że nie jest to znów środek tak nader nieproporcyjonalny lub ryzykowny, świadczy o tém nowa całkiem bo już tegoroczna publikacyja z kliniki berlińskiéj A. Martina. (Bertram: *Laparotomie bei Tumoren der Tuba Fallopiae. Berl. Klin. Woch.* 1883 Nr. 4): Opisano tam ośm laparotomij uskutecznionych w celu wycięcia trąbek rozdętych z różnych powodów, a z tych tylko w jednéj zejście śmiertelne, gdzie znaleziono *Pyosalpinx,* a część ropy wylała się. Obustronny *Haematosalpinx* operowano z dobrym skutkiem.

Leczenie następowe zasadzać się będzie naturalnie na rozszerzaniu stopniowém nowo utworzonego kanału, które jednak nie zaraz po operacyi, lecz późniéj nieco rozpocząć należy, zakładając coraz to grubsze dylatatoryja.

Skutki operacyi wypływają z poprzednich uwag: czynność płciowa po operacyi szczęśliwéj wraca w zupełności i staje się zupełnie prawidłową i według dotychczasowych opisów chore takie nawet już w kilka tygodni po operacyi zachodziły w ciążę i szczęśliwie rodziły (Cowper, Mauriceau). (Dok. nast.)

III. O Keratoskopii.

Przez **Dra Bolesława Wicherkiewicza.**

(Rzecz miana na Walnym zjeździe członków Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego dnia 21 grudnia 1882).

Szan. Koledzy! Nazwa keratoskopii powstała dopiero w nowszym czasie i to jeżeli się nie mylę, najprzód w roku 1874, gdy ją prof. Cuignet w Lille do naszéj nauki wprowadził. Rzecz, którą keratoskopija czyli badanie rogówki się zajmuje, w części już dawno, jak to późniéj wykażemy, była znaną, lecz sposobów badania rogówki przybyło z biegiem czasu więcéj, potrzeba więc było dla nich nazwy wspólnéj, a jeśli utworzenie jéj istotnie Cuignetowi zawdzięczamy, to równocześnie dodać musimy, że on znaczenie jéj zbyt rozszerzył, co się stało przedmiotem dość ożywionych rozpraw pomiędzy nim a Dr. Parent (w *Recueil d'ophth.*) [1]).

Mojém zdaniem przez keratoskopiję, o ile to badanie naturalnie dotyczy lekarzy a nie fizyków lub chemików, ro-

[1]) Dr. Cuignet ogłosił w roku 1874 pracę pod tytułem „Keratoskopija.“ Przez keratoskopiję rozumie on głównie sposób oznaczania refrakcyi oka przez badanie kierunku, w jakim światło i cień ograniczający światło rzucone źwierciadłem wklęsłém, na siatkówkę posuwają się w stosunku do zwrotów zwierciadła. Pominąwszy, że objawy te, których odkrycie Cuignet sobie przypisuje, były już, jak to Donders w swojém dziele o wadach refrakcyi z roku 1864 stwierdza, znane Bowmanowi, to forma rogówki nadto nie wywiera na nie żadnego wpływu. Nie wywiera też jéj budowa żadnego wpływu na rodzaj refrakcyi a jedynie tylko niezborności stać się może przyczyną. Co więcéj, Donders pierwszy zwrócił na to uwagę, że we wysokich nawet stopniach krótkiego wzroku rogówka nie musi być bynajmniéj wypuklejszą, jak to się Cuignetowi zdawało, lecz zazwyczaj płaściejszą bywa. To też zastósowywanie objawu, do którego wywołania rogówka niczém się nie przyczynia, a będącego doskonałym środkiem do szybkiego rozpoznania trzech głównych stanów refrakcyi oka *(emmetropii, hypermetropii, myopii)* Parent raczéj retinoskopiją, a Dr Chibret (*Annal. d'Oculist.* 1883 pag. 239), „*Phantaskopie*“ nazywa. Ostatni tak się przytém wyraża: „*Il est vrai aussi, que la kératoskopie mériterait d'être débaptisée, pour recevoir le nom de fantoscopie rétinienne Cette appelation, en supprimant un malentendu, la ferait entrer dans la liste des moyens d'examiner objectivement la réfraction de l'oeil.*“ Przedmiot więc ten lubo wielce zajmujący, lecz nie mający z keratoskopiją właściwą nic do czynienia, pominiemy w dalszém rozwinięciu tematu poprzestając na zwróceniu uwagi ciekawych na powyżéj przytoczone źródła.

zumieć wypada badanie z jednéj strony zboczeń fizyjologicznych rogówki, jakoteż chorobowych zmian na niéj lub w niéj zachodzących, jéj zranień itd., a z drugiéj strony badanie pod względem rozmiarów, formy, zakrzywienia w prawidłowych i nieprawidłowych stosunkach. Celem spełnienia pierwszego zadania śledzimy rogówkę albo przy prostém oświetleniu dzienném, albo przy ukośném, a nadto za pomocą powiększających szkieł lub systemów tychże, czyli mikroskopów zwanych keratomikroskopami. O sposobach tych, jako Panom znanych, nie będę się zresztą obszerniéj rozwodził. Trudniejszém atoli do spełnienia jest drugie zadanie.

Lubo rogówka stanowiąc przednią część gałki łatwo przystępną jest oku badacza, to jednakże nie łatwém właśnie jest oznaczenie jéj wypukłości, od któréj w znacznéj części zależy siła załamywania światła w przyrządzie optycznym oka. Wiadomo zaś, że rogówka najsilniéj w tym przyrządzie działa. To też nic dziwnego, że nietylko fizyjolodzy lecz także okuliści oglądali się za sposobem oznaczenia rozmiarów i stopnia wypukłości rogówki.

Do ścisłego spełnienia tego zadania służą przyrządy Helmholtza i Cocciusa, przyrządy oftalmometrami zwane; dozwalają one ze ścisłą dokładnością rogówkę wymierzyć, są jednakże bardzo skomplikowane, wymagają dużo biegłości i raczéj do naukowych aniżeli do czysto praktycznych przydatne są celów. To też nic dziwnego, że spotykamy się z niemi wyłącznie prawie w pracowniach fizyjologicznych lub u takich tylko lekarzy, którzy przeważnie ściśle matematyczną zajmują się częścią okulistyki.

W praktyce jednak nie zawsze o tak ściśle chodzi nam badanie. Zadowalamy się zazwyczaj oznaczeniem w przybliżeniu rodzaju formy rogówki i zboczeń jéj powierzchni.

Najprostszym, a dawno znanym środkiem służącym do tego, jest, jak to Panom wiadomo, odźwierciadlanie krzyża u okna lub też płomienia lampy, których obrazy na rogówce, o ile zbaczają od prawidłowych form, dają pojęcie słabe wprawdzie, jednakże pewną mające wartość, o nieprawidłowościach rogówki. Donders używał w tymże celu do odzwierciadlania kwadratowéj czarnéj deszczułki, któréj przekątnia 35cm. wynosiła.

Również prostym i nader łatwym w zastosowaniu lecz dającym korzyści nierównie większe od poprzednich sposobów jest przyrząd, który Panom niebawem przedłożę. Ojcem jego jest Dr. Placido z Porto.

Przyrząd swój nazywa Placido keratoskopem; nazwa ta nie zupełnie może jest stosowną, boć nie śledzimy nim rogówki w jéj chorobowych zboczeniach, ale tylko w pewnym kierunku o jéj własnościach i budowie przekonać się możemy.

Nie zastępuje on też oftalmometru Helmholtza, dając tylko ogólny obraz postaci rogówki, nie zaś jéj rozmiarów dokładnych, ale za to dla praktycznego okulisty cennym jest środkiem prędkiego poznania nieprawidłowości rogówki, a co go nadto bardzo poleca i wyróżnia od powyżéj wymienionych podobnych przyrządów, to jego nizka cena.

Keratoskopu używał Dr. Placido po raz pierwszy w klinice prof. Van der Laan w Lizbonie. Niezależnie od niego zbudowali podobny przyrząd Dr. Javal i prof. Schjötz w roku 1880 i przedłożyli go kongresowi w Londynie w roku następnym.

Zanim daléj o keratoskopowaniu i keratoskopach pomówimy, wypada nam przedewszystkiém zastanowić się, na czém właściwie polega ten sposób badania rogówki. Celem zrozumienia tego przypomnijmy sobie, że rogówka odzwierciedla przedmioty położone w nieskończonéj i skończonéj czyli ograniczonéj odległości jako małe proste obrazy, a obrazy te tém są mniejsze, im znaczniejszą jest wypukłość odzwierciedlającéj powierzchni. Z obrazów więc odzwierciedlonych, t. j. ich postaci i wielkości, wnioskować możemy o pewnych własnościach rogówki. — A teraz pozwólcie Panowie, że Wam opiszę keratoskop Dra Placidy, który w znakomity sposób zadaniu swemu sprostać może.

Instrument ten składa się z tarczy cienkiéj i lekkiéj z kartonu o średnicy 23cm. Na jednéj powierzchni (przedniéj) znajduje się narysowanych kilka kół spółśrodkowych na przemian białych i czarnych, których punktem środkowym wspólnym jest środek przedziurawiony tarczy. Na odwrotnéj zaś czarnéj stronie tarczy przymocowany jest do tego środka cylinder metalowy wysokości 3cm. (o znaczeniu jego późniéj pomówię), do spodu zaś tarczy przytwierdzić można rękojeść, za pomocą któréj da się także keratoskop do stołu przymocować.

Celem badania chory siada tyłem do okna, badający trzyma tarczę zwróconą powierzchnią biało-czarną do twarzy chorego prostopadle i w takiéj wysokości, ażeby środek znajdował się w wysokości rogówki badanéj i to na linii wspólnéj widzenia (*Blicklinie*). Trzymając tarczę w oddaleniu 25cm. łatwo spostrzeżemy obraz zmniejszony kół. Aby koła w całości odźwierciedlać się mogły, nie żle kazać komu unieść górną powiekę badanego. (Dok. nast.).

IV. Z Zakładu sądowolekarskiego prof. Blumenstoka w Krakowie.

Uwagi nad sądowolekarskiém badaniem plam nasiennych.

Podał **Dr. Ignacy Schaitter,**
demonstrator przy tymże Zakładzie.

LITERATURA: 1) Orfila: *Journal de chimie médicale* 1827 t. III, p. 469.—2) Bayard: *Annales d'hygiene publ. et de med. leg. Juillet.* 1839, p. 134.— 3) Orfila *Journal de chim. méd.* 1839. 2 ser. p. 545.—4) C. Schmidt· *Die Diagnostik verdächtiger Flecke in Criminalfällen.* Mitau und Leipzig 1848, p. 46.—5) B. Ritter: *Ueber Ermittelung von Blut-etc. Flecken in Criminalfaellen.* Würzburg 1854, p. 222.—6) J. L. Lassaigne: *Observations sur quelques réactions de taches spermatiques. Annales d'hyg.* t. X. Juin 1858, p. 405.—7) Pincus: *Zur mikroskop. Diagn. der Samenflecke, Horns Vierteljahresschrift für ger. Med.* 1866, p. 347. 8) Roussin: *Annales d'hyg. publ.* t. XXVII Janvier 1867, p. 142. — 9) F. Nawrocki: Sądowo-lekarskie poszukiwanie plam nasiennych „Gazeta Lek." Warszawa 1868. Nr. 47. — 10) Pfaff: *Das menschliche Haar.* Leipzig 1869 II Aufl. p. 88.— 11) .... (Pelikan): *Anleitung zur Untersuchung verdächtiger Flecke.* St. Petersburg 1871, p. 49. — 12) Casper-Liman: *Handb. d. ger. Med.* V. Aufl. Berlin 1871, B. II, s. 228.—13) Tardieu: *Attentats aus moeurs.* Paris 1873, p. 121.— 14) Longuet: *Ann. d'hyg. publ.* 1876, 2te Serie t. XLVI, p. 154. — 15) Lutaud: *Manuel de med. leg.* Paris 1977, p. 558. — 16) Lacassagne: *Précis de med. judic.* Paris 1878, p. 209. — 17) Boutmy et Brouardel: *Raport sur le procédé Petel et Labiche etc. Ann. d'hyg.* 3te Serie t. IV, Juillet 1880, p. 224. — 18) Briand et Chaudé *Manuel de med. leg.* Paris 1880, t. II, p. 402.—19) Hofmann: *Lehrbuch der ger. Med.* Wien 1881, p. 131.—20) Tenże: *Eulenburg's Real-Encyclopaedie* B. XI, p 636.—21) Maschka: *Lehrbuch der ger. Med.* B. III, p. 124. — 22) Schauenstein: *Lehrbuch der ger. Med.* Wien 1862, p. 99.— 23) Böttcher: *Virchov's Archiv* II, 1865.—24) Vogel: *Repert. der. Analyt. Chemie.* 2 Jahrg. Or. 21, s. 327. *Vierteljahrschrift f. ger. Med.* N. F. B. 36, s. 159. — 25) Hager: *Untersuchungen* 1871, s. 461.—27 Fürbringer: *Zeitschr. f. klin. Med. von Frerichs und Leyden* III, 287—316. — 27) Sonnenschein: *Ger. Chemie* 2 Aufl s. 349.

Zbyteczna obecnie dowodzić, że badanie plam nasiennych ma wielkie znaczenie w praktyce sądowolekarskiéj. Ile wnosić mogę z dostępnéj mi literatury, pierwszym był Maciéj Orfila (1), który zwrócił uwagę na dochodzenia w tym kierunku. Orfila, chemik z zawodu, starał się wyłącznie na drodze chemicznéj sprawę rozstrzygnąć: uwzględniał też przedewszystkiém własności fizyczne wyciągu wodnego plam nasiennych, baczył pilnie na woń owego wyciągu, woń właściwą nasieniu świeżemu, daléj na zachowanie się tegoż wyciągu po dodaniu odczynników. Owa rzekomo charakterystyczna woń plam nasiennych odwilżonych jest ulubionym tematem autorów dawniejszych a sam Orfila przyznał w swojéj rozprawie, że podobną woń wydają odwilżone plamy pochodzące ze śliny, że więc na własności téj nie można wcale polegać w sprawach sądowych. Trudno przypuścić, aby się znalazł lekarz sądowy, któryby plamy nasienne chciał rozpoznawać z pewnością z własności tak nieokreślonéj, według jednych podobnéj do woni spalonego rogu, według innych do woni kwiatu kasztanowego, wspólnéj zresztą innym cieczom zwierzęcym, a co ważniejsza zależnéj od podmiotowego wrażenia lekarza. Czytającego rozprawę Orfili musi uderzyć, że badacz ten opisując najdokładniéj własności fizyczne i chemiczne plam nasiennych, zaledwie wzmiankę czyni o istnieniu w cieczy nasiennéj tworów charakterystycznych, tj. plemników. Zdaniem jego świadomość istnienia ich w nasieniu świeżém jest obojętną w badaniu plam nasiennych. (*„On concevra facilement qu'on ne peut tirer aucun parti des observations microscopiques pour reconnaître les taches dont nous parlons: les animalcules découverts dans le sperme par Leuwenhoeck, ne sont plus appréciables lorsque, après avoir desséché le sperme sur un linge, on le delaie dans l'eau pour l'examiner au microscope*“). Nie miał on zaufania do badań mikroskopowych nawet 10 lat późniéj, gdy już Bayard pierwszy podał sposób poszukiwania, który utrzymywał się z małemi odmianami do niedawna, o czém już ztąd wnosić można, że w dziele swojém o medycynie sądowéj, które się ukazało w roku 1843, wspomina tylko mimochodem o sposobie Bayarda nie rozwodząc się wcale nad nim; *odeur spermatique* plam odwilżonych jest jeszcze i wtedy jedną z cech najważniejszych.

W roku 1839 ogłosił Bayard (2) swój sposób badania a chociaż już parę lat pierwéj znajdują się wzmianki w literaturze o podobnych poszukiwaniach za pomocą mikroskopu, nie zmniejsza to bynajmniéj zasługi Bayarda, który opracował przedmiot wszechstronnie, badając tkaniny rozmaite i rozmaicie zabarwione i plamy nasienne powstałe przed rokiem, dwu i trzema latami. Wychodząc z zapatrywania, że plemniki nie ulegają zmianie w nasieniu zasuszonêm pomiędzy dwiema tafelkami szkła, domyślał się Bayard, że znajdzie ciecz, która polana na plamę nasienną zdoła odwilżyć plemniki nie niszcząc ich i tym sposobem uczyni je przystępnemi badaniu drobnowidowemu. W pierwszym rzędzie zajmuje go zachowanie się plemników z nasienia wysuszonego na szkle po zwilżeniu wodą, śliną, moczem, krwią i mlekiem; przechodząc do środków chemicznych odwilża plamy ługiem lub węglanem potasowym i amonijakiem a poddając je następnie badaniu mikroskopowemu przekonał się pierwszy, że tą jedynie drogą można dojść do rezultatów pewnych. To też słusznie utrzymał się sposób jego jakkolwiek skomplikowany w praktyce i nauce przez czas jakiś. Dopiero w roku 1848 podał Schmidt, docent w Dorpacie (4), sposób postępowania znacznie uproszczony. Nie chcąc niszczyć bielizny badanéj nie wycina Schmidt miejsc splamionych, tylko je wyciąga w fałd stożkowaty, którego wierzchołek moczy przez kilka godzin na szkiełku zegarkowém w wodzie przekroplonéj z dodatkiem amonijaku, następnie wyciska palcami i bada osad na tém samém szkiełku; w końcu wspomina, że można otrzymane z plamy plemniki przechowywać pomiędzy szkłami i dołączać do aktów sądowych.

Po Schmidzie mamy jeszcze kilka prac a mianowicie Rittera (5), Lassaigne'a (6) i Pincusa (7). Z tych pierwsza zasługuje na wzmiankę, gdyż mimo że nie zawiera pomysłów oryginalnych, zwraca uwagę przez wszechstronne i gruntowne opracowanie przedmiotu, odpowiadające stanowisku nauki w swoim czasie. Prawie każdy autor dodaje swoją cząstkę i zmienia sposób badania według swojéj myśli: Liman (12) zwilża plamy i wyciska je po kilku dniach, badając ciecz drobnowidowo lub maceruje kawałki płótna poplamionego w stożkowatym kieliszku, po kilku dniach wyciąga płótno, zlewa po odstaniu ciecz przeźroczystą a osad bada po kropli. Schauenstein (22) obawia się nadmiaru wody, dla tego kładzie płatek tkaniny na ściance naczynia i zamoczywszy tylko jeden koniec, stara się, aby ciecz odwilżyła plamę dostając się do góry za pomocą włosowatości; po kilkunastu minutach skrobie tkaninę ostrym skalpelem i bada pod mikroskopem zeskrobane cząstki. Od czasu do czasu pojawia się nowo odkryte oddziaływanie chemiczne plam nasiennych (jak np. sposób Lassaigne'a (6)), aby ustąpić niebawem, mnożąc zastęp sposobów Orfili. Ani kryształki spermatynowe opisane przez Böttchera (23) nie pozyskują zaufania, raz że podobne kryształki znajdują się w innych cieczach zwierzęcych, powtóre że zdaniem Fürbringera (26) pochodzą z gruczołu krokowego nie są przeto istotnemi składnikami cieczy nasiennéj, potrzecie że trudno je odróżnić od kryształków fosforanu amono-magnowego, który można wykazać w zasuszoném nasieniu, jak twierdzi Sonnenschein (27). Najwięcéj zaufania wzbudza jeszcze sposób postępowania podany przez Pincusa (7), który radzi badać ciecz wyciśniętą po odwilżeniu plamy dopiero w kilka dni, gdy już wyschła zupełnie pod szkiełkiem nakrywkowém: w skutek zmienionych stosunków łamania światła, uwydatniają się wtedy plemniki, jak się o tém łatwo przekonać. Zbyteczną zdaje się być wzmianka, że cieczą użytą do odwilżenia może być w tym razie tylko woda. Dokładnie i wyczerpująco zestawil Pelikan sposoby dotąd wymienione (11); autor ten nie znał jednak sposobu ogłoszonego już przed paru laty przez Roussina w Paryżu.

Jeżeli wolno się tak wyrazić, to powiedzielibyśmy, że praca Roussina stanowi epokę w historyi sposobów badania plam nasiennych. Nie chcemy wcale twierdzić, jakoby sposób przez niego podany o tyle przewyższał sposoby dawne; dziś jeszcze rozmaicie autorowie się wyrażają o sposobie Roussina, ma on jednak tę niezaprzeczoną zasługę, że w pracy swéj podał sposób barwienia rozczynem jodu i zwrócił równocześnie uwagę na wszystkie okoliczności utrudniające tego rodzaju badania. Roussina to zasługa, że we Francyi istnieje przepis, aby bieliznę mającą być badaną zachowywano pomiędzy dwiema tekturami, przepis bardzo racyjonalny, mający zapobiedz mięciu bielizny lub ubrania, niszczącemu plemniki prawie doszczętnie. Przechodząc do samego barwienia musimy przyznać, że sposób Roussina jest nie źle pomyślany: moczy on wyciętą plamę w rozczy-

nie jodu w jodku potasu, w stosunku 1:4 na 100 wody, następnie rozskubuje na szkiełku i bada drobnowidowo, chcąc tym sposobem uwydatnić blade plemniki; cel osiągnięty, plemniki barwią się doskonale ale z niemi barwi się mocno brunatno każde włókienko tkaniny i każde zanieczyszczenie przypadkowe tak, że pod drobnowidem mamy ciemną mieszaninę, jakby las gęsto zarosły, w którym trudno odnaleźć twory specyficzne. Tym właśnie niedogodnościom zapobiegł prof. Nawrocki w Warszawie (9), który zwrócił uwagę, że barwiąc rozczynem karminu rozpuszczonego w kwasie solnym, otrzymuje się obrazy wyraźniejsze: główki barwią się bardzo wyraźnie czerwono, podczas gdy otaczająca tkanina jest blado-różową. Z zastosowania tego sposobu osiągnięto rzeczywisty postęp w badaniu, po zabarwieniu spostrzegamy obraz mikroskopowy tego rodzaju, że pod szkiełkiem można rozeznać najdrobniejszy szczegół i mozolna część pracy, t. j. szukanie plemników jest znacznie ułatwione. Prof. Nawrocki ogłosił swój sposób badania w roku 1868, dziwnym jednak sposobem nigdzie nie udało nam się znaleźć wzmianki o sposobie podanym przez rodaka; szczęśliwszym od niego był Longuet (14), który nie wiedząc o tém zapewne, ogłosił ten sam prawie sposób w 8 lat później a mimo to wspominają o nim w podręcznikach jako o sposobie znacznie ułatwiającym zadanie, chociaż nie różni się prawie od sposobu prof. Nawrockiego. (Longuet używał karminu rozpuszczonego w amonijaku). (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Heron: O prątku gruźliczym.

Na posiedzeniu Tow. lekarzy urzędowych, które się odbyło w Londynie 15 grudnia 1882, miał Dr. Heron wykład o *Bacillus tuberculosis* téj tresci:

W czerwcu zwrócił wykładający uwagę na kliniczne znaczenie odkrycia Kocha, znalazł odtąd 62 chorych, u których w plwocinach spostrzegł prątki gruźlicze. Chorzy byli obojéj płci w wieku od 10 do 65 lat, różnych zawodów a cierpieli niewątpliwie na suchoty. W 3 przypadkach szukał nadaremnie prątków, ale w dwóch znalazł je w 3cim tygodniu, a w trzecim w 7 tygodniu. Doświadczenie jego oparte na tych 62 przypadkach skłania go do mniemania, że obecność tych drobnych ustrojów ma znaczenie prognostyczne. Gdy przez kilka tygodni znajdujemy tylko skąpe ilości prątków w plwocinach, to można przypuścić, że przypadek taki będzie miał bardzo powolny przebieg; przeciwnie gdy znajdujemy mnóstwo prątków we wczesnym okresie choroby, to z tego wnosić można, że choroba szybko przebiegać będzie i skończy się śmiercią.

W przypadkach szybko przebiegających a źle się kończących znajdował H. prątki w wielkiéj ilości ugrupowane. Ugrupowanie prątków napotyka się i w razach, gdy prątków mało i wtedy gdy ich jest wiele, w tym ostatnim razie kształt ugrupowania w każdym prawie polu drobnowidowém jest cechujący. Trzy lub cztery prątki w polu widzenia pod drobnowidem świadczą, że prątków jest mało, trzydzieści lub więcéj, że prątków jest dużo. Odkrycie Kocha ma także znaczenie i pod względem zdrowia publicznego. Znalazł on, że gdy plwociny wyschną. jak np. ma to miejsce w sieniach szpitalnych, są również tak niebezpieczne, jak po zaszczepieniu prątków wyhodowanych z tkanek gruźliczych. Przypuściwszy, że mniemanie to jest prawdziwe, musimy także przypuścić, że plwociny osoby suchotniczéj prawie zawsze zawierają jad i to z rodzaju najzaraźliwszych. Co do osadu plwocin gruźliczych na ręcznikach i innych płóciennych przedmiotach sądzi autor, iż one stanowić mogą możliwe choć nieczęste źródło zarażenia. Koch atoli wskazał inne możliwe źródło zakażenia, bo wykazał obecność gruzełków w zwierzętach często stykających się z ludźmi. — Pytanie, w jaki sposób szerzą się suchoty wśród ludzkości? jest jedném z najtrudniejszych, lecz wyjaśnienia szukać wypada w świetle, jakie na tę sprawę rzuciły świetne odkrycia Kocha. (*Lancet* 1883, I. Nr. 2). *Dr. Grabowski.*

Rudolf Maier: Poszukiwania doświadczalne dotyczące otrucia ołowiem. (Żołądek i jelito).

Pomimo, że od czasów ukazania się pomnikowych studyjów o ołowicy przez Tanquerel des Planches minęło przeszło lat pięćdziesiąt, to do najnowszych czasów wiadomości nasze, szczególniéj anatomiczne, okazywały dużo braków. Literatura odnośnéj kwestyi jest nader obfitą a przecież wątpliwości miasto znikać mnożą się. Tém większą jest zasługa autora, z którego piękną pracą czytelnika zapoznać mamy, że praca jest doświadczalną i ściśle umiejętną. Autor czynił swe spostrzeżenia na świnkach morskich i na królikach, którym podawał przez pewien czas, (2 tygodnie), codziennie 0·2 g. obojętnego octanu ołowiowego [1]). Najwcześniéj zginęło zwierzę po 10 dniach, najpóźniéj po 58 dniach. W tych przypadkach zaś, gdzie autor z przerwami kilkunastodniowemi zwierzętom podawał ołów, wynosiło *maximum* trwania życia 167 dni.

U wszystkich zwierząt, czy one zginęły prędzéj czy później (przebieg przewłoczny), występowały te same objawy różniące się tylko bądź to wcześniejszém ukazaniem się, bądź większém nasileniem przypadów chorobowych. Zwierzęta traciły łaknienie, stawały się posępniejsze. U niektórych na chwilę znikały te przypady, pomimo że nie przestawano podawać im ołowiu, lecz wkrótce znowu zapadały. Sierść traciła połysk i gładkość i wypadała. Zwierzęta kryły się zazwyczaj w kąt, gdzie obojętnie przesiadywały godzinami całemi. Zwolna występowało wielkie osłabienie mięśniowe, drżenie i niemożność utrzymywania się na nogach. Porażeń lub drgawek autor nie zauważył. Wypróżnienia bywały zatrzymane, tylko u niektórych zjawiało się na krótki czas rozwolnienie. Mocz skąpy zawierał zawsze białko. Objawy te w początkach po zaprzestaniu podawania ołowiu znikały a nastąpiła poprawa stanu ogólnego. W późniejszych okresach choroby jednakże, nawet gdy im ołowiu nie zadawano, objawy nie złagodniały. Brzuch bywał wzdęty, nieraz mały, twardy i napięty, czasem znów podatny. Okolica pęcherza zazwyczaj napięta. U wszystkich zwierząt można było stwierdzić znaczne wychudnienie a objawy schorzenia nerwów pacierzowych były bardzo wybitne. Niemniéj i sfera zmysłowa, szczególniéj wzrok był bardzo upośledzonym [2]).

[1]) Jestto ilość wcale niemała. U człowieka znane są przypadki, gdzie daleko mniejsze dawki ołowicę sprowadziły. Naunyn (*Die Vergiftungen durch schwere Metalle und ihre Salze. Ziemssen's Handb. 2 Aufl. H. 49—50)*, opowiada, że otoczenie Ludwika Filipa w Claremont uległo otruciu używając przez kilka miesięcy wody do picia 0·0015 a nawet 0·0002 procent ołowiu zawierającéj. *Przyp. Sprawozd.*

[2]) Jak widać istnieje znaczna różnica między temi objawami a obrazem, jaki przedstawia ołowica u człowieka, jakkolwiek i u człowieka nie wszystkie objawy są stałe. Porówn. opis Löbischa otrucie Sióstr zakonnych w pewnym klasztorze po użyciu kubków ołowiem lutowanych. (*Wiener med. Presse* z grudnia r. z. *Sprawozd.*)

Wynik oględzin pośmiertnych był w ogólności stałym a mianowicie: Zwierzęta znacznie wychudłe, skóra łuskami pokryta miejscami pozbawiona włosów, szczególnie na głowie. Mięśnie liche, blade, wiotkie i suche, zresztą makroskopowo niezmienione. Otrzewna ścienna niezmieniona, wyjątkowo miejscami pokryta drobnemi wynaczynionkami. Pęcherz zazwyczaj znacznie wydęty, ściany blade, ścieńczałe, mocz zazwyczaj białko zawierający. Żyły jamy brzusznéj wydęte, w krew obfitujące. Żołądek skurczony, czasem wydęty niestrawioną miazgą pokarmową, jelita cienkie zazwyczaj skurczone małe, jelita grube zbitym kałem wypełnione i gdzieniegdzie wydęte. Błona surowicza w całości blada, połyskująca, gładka lub czasem wraz z krezką okazująca silniejsze żylne przekrwienie czasem i wynaczynionki. Jamy opłucnowe próżne lub nieco jasnego płynu zawierające, płuca wolne, w jamie osierdziowéj częściéj nieco jasnego płynu. Płuca w niektórych przypadkach różowo zabarwione, wszędzie powietrze zawierające, innym razem znacznie w krew obfitujące, szczególniéj w częściach dolnych mniej powietrza zawierających. W oskrzelach, w tchawicy, w krtani mało śluzu, błona śluzowa zazwyczaj blada. Serce w niektórych przypadkach nieco powiększone w postaci przerostu odśrodkowego. Częstokroć stwierdzono końcowy rozkurcz serca obok znaczniejszego wypełnienia komórki prawéj. Zastawki niezmienione, rzadko tylko na ujściu żylném lewém drobne czerwonawe guzki tuż przy linii domykania zastawek. Tętnica główna i płucna makroskopowo niezmienione. Śledziona mała, mierną ilość krwi zawierająca, o spójności niezmniejszonéj. Wątroba zazwyczaj duża, obficie w krew zaopatrzona, stłuszczona choć zbita, okazująca drobne wynaczynionki. Pęcherzyk żółciowy niezmieniony, zawierający zawsze żółć ciemną. Nerki zazwyczaj co do wielkości niezmienione, czasem nieco mniejsze i spłaszczone a powierzchnia w takim razie nieco ziarnista, zresztą bywała gładką. Na przekroju kora blada, często zasiana jednak licznemi kropkami krwawemi, czasem lekko ziarnista, piramidy zazwyczaj silnie zaczerwienione. Narzędzia płciowe bez zmian. W pęcherzu zawsze obficie mocz jasny, czasem mętny żółtawy. Błona śluzowa pęcherza blada, tu i owdzie czasem wynaczynionka. Mózg i osłony rdzenia kręgowego niezmienione czasem tylko przekrwienie żylne opon miękkich i żylakowate rozdęcie żył. Na przekrojach makroskopowych mózgu i rdzenia kręgowego w niektórych razach stwierdzić można było obecność licznych czerwonych kropek. Pnie nerwowe i ich naczynia makroskopowo nie przedstawiają zmian.

Daleko większe znaczenie mają wyniki poszukiwań drobnowidowych. Nie wdajemy się tu w szczegółowy opis zmian przybłonków, gruczołów, naczyń i warstw mięsnych żołądka i jelit. Wszędzie można było stanowczo wykazać zmiany degeneracyjne przybłonka, a mianowicie zmętnienie [1]) i stłuszczenie komórek gruczołowych, rozszerzenie naczyń krwionośnych i wynaczynienia krwi. Przeważna część tychże pochodzi od zmian w samych ścianach naczyń, a mianowicie proliferacyi pierwocin komórkowych warstwy mięsnéj, nacieczenia komórkowego téjże, stłuszczenia komórek nacieku i komórek mięsnych, co znów pociąga za sobą pęknięcia ścian naczyń krwionośnych lub ich tętniakowe rozdęcie. Zmiany te najwybitniejsze są na drobniutkich tętniczkach tkanki podśluzowéj i międzygruczołowéj żołądka i jelit. Rzadsze zjawienie się wynaczynionek w jelitach tłumaczy się obfitością anastomoz w jelitach, podczas gdy w żołądku istnieją tętnice „końcowe. [1])“

Zmiany w ścianach jelit jeszcze inny wykazują szczegół, a mianowicie rozrost tkanki łącznéj, która, o czém pamiętać trzeba, i w stanie prawidłowym bardziéj jest rozwiniętą w jelicie niż w żołądku. Ołów, podobnie jak i fosfor, odznacza się tém, że w ogóle w ustroju a szczególniéj w jelicie sprowadza rozrost tkanki łącznéj; zmianę tę można było stwierdzić tak u zwierząt, którym czas dłuższy podawano z przerwami ołów jak niemniéj i u tych zwierząt, które bez przerwy dłużéj niż miesiąc ołów brały. Wątroba, nerki, rdzeń pacierzowy, mózg a przedewszystkiém jelita były tą zmianą dotknięte a wszędzie widoczną było rzeczą, że sprawy chorobowe naczyń wyprzedzały rozrost tkanki łącznéj, mianowicie tam, gdzie jéj więcéj już w stanie prawidłowym.

W jelicie cienkiém siedzibą rozrostu tkanki łącznéj jest tkanka podśluzowa. Ztąd rozchodzą się w postaci promienistych smug pasy tkanki łącznéj, wnikają w warstwę gruczołową obejmując większe ilości gruczołów na kształt kępy, co znów skutkiem ucisku sprowadza zanik lub stłuszczenie w niektórych gruczołach. Smugi tkanki łącznéj w końcu dochodzą i do powierzchni błony śluzowéj, sprowadzają zgrubienie kosmków, których naczynia wreszcie zanikają a powierzchnia błony śluzowéj jelita staje się gładką, mniéj podatną. Tu i owdzie stwierdzić można przestwory worczaste w utkaniu warstwy podśluzowéj, które, jak autor przypuszcza, pochodzą od zwężenia naczyń (dróg) chłoniczych. Gruczoły mieszkowe bywają zazwyczaj słabo rozwinięte, drobne, o niewydatnych konturach. Że zmiany wyżéj wzmiankowane wpływają w wysokim stopniu na zdolność chłonienia jelit, jest rzeczą nieuniknioną. W warstwie mięsnéj jelita można było we wszystkich przypadkach stwierdzić zblednienie mięśni i zwężenie tychże, jakkolwiek miernego stopnia.

Nierównie ciekawsze zmiany przedstawiały zwoje brzuszne, w szczególności zwoje saméj ściany jelitowéj, zmiany mogące w części wytłumaczyć znany objaw: *Colica saturnina*[2]).

Autor porównywając sploty spółczulne ściany jelita u świnek morskich i królików, w różnych stanach patologicznych sztucznie sprowadzonych, jak również i w stanie prawidłowym z obrazami, które mu dała ołowica przewłoczna u tych zwierząt, przychodzi w końcu do wniosku: że rozrost tkanki łącznéj i następowe stwardnienie splotu dotyczy tak zwojów podśluzowych jak i śródmięśniowych (*Plexus myoëntericus*). Stwardnienie wszelako zwojów nie jest w związku z rozrostem tkanki łącznéj w warstwie podśluzowéj; obok znacznie zmienionego zwoju można ujrzeć otoczenie bardzo mało zmienione, rzadko tylko rozrastająca tkanka łączna warstwy podśluzowéj przechodzi na zwoje i sprowadza w końcu zanik tychże.

Zmiany w zwojach odpowiadają w ogólnosci zmianom w całym układzie nerwowym i nie są następowe, lecz równorzędne ze zmianami innemi ściany jelita.

[1]) Sam autor używa wyrażenia „*Trübungen.*“ Daleko właściwszém byłoby ogólnie przyjęte wyrażenie: *Körnige Trübung*—co przez polskie zziarnienie czyli, co na jedno wychodzi, „zwyrodnienie białkowate“ oddajemy. *Sprawozd.*

[1]) Prócz tego jeszcze inna istnieje może przyczyna. Sądząc z analogii działania podobnych trucizn nie zajdziemy za daleko, jeżeli bezpośredniemu miejscowemu działaniu octanu ołowiowego także przypiszemy udział w tém, że w żołądku wynaczynionki częściéj były stwierdzone niż w jelicie cienkiém lub w okrężnicy. *Sprawozd.*

[2]) Tenże sam autor wykazał przed laty wspólnie z Kussmaulem zmiany w zwoju słonecznym w ołowicy przewłocznéj u człowieka. (*Deutsches Arch. f. kl. Med.* IX, 205).

Rozrost tkanki łącznéj pośród zwojów najczęściéj bywa nieregularny, w pasach, smugach przedzielających zwój na kilka drobniejszych odcinków; odpowiednio do czasu trwania choroby następstwa rozrostu tkanki łącznéj będą więcéj lub mniéj wybitne, w końcu może nawet i zupełny zanik zwoju nastąpić.

Streszczając wyniki, do jakich dochodzi, widać że:

1) Otrucie ołowiem królików lub świnek morskich przez codzienne podawanie tym zwierzętom 0·2 gramowéj dawki zabijało zwierzęta w przeciągu czasu od 10 dni (najwcześniéj) do 266 dni (najpóźniéj).

2) U wszystkich zwierząt można było stwierdzić wybitne zmiany w różnych narządach.

3) W jelicie i w żołądku zjawiają się zziarnienia i stłuszczenia komórek gruczołowych, rozszerzenia tętniczek, żylne zastoiny, krwotoki, nawet brunatne ograniczone rozmiękczenia bł. śluzowéj. W tkance podśluzowéj rozwija się rozrost tkanki łącznéj i zwyrodnienie ze stwardnieniem zwojów (współczulnych) podśluzowych i śródmięśniowych.

4) *Colica saturnina* pochodzi od zmian w tychże zwojach.

5) Zmiany jelit tłumaczą wychudnienie zwierząt.

6) Przewłoczne otrucie ołowiem polega na „miąższowém zwyrodnieniu z następową induracyją tkanki łącznéj (podobnie jak w przewloczném otruciu fosforem).“ Przewłoczne krwotokowe zapalenie i nerwica różnych części układu nerwowego cechują przebieg téj choroby. (*Virchowa Archiw* T. 90, Z. 3). *Dr. Pisek.*

R. Jaksch: **Acetonuryja patologiczna.**

Jaksch jest zdania, że aceton jest prawidłowym produktem przemiany pierwiastków ustroju zdrowego. W moczu z 24 godzin znajduje go się do 1 cgr. Również w małych ilościach można go wykryć we krwi. Fizyjologiczna ta jednak acetonuryja ulega w stanie chorobowym zmianom. Mianowicie w chorobach połączonych ze znacznym rozpadem tkanin zwierzęcych, jak to ma miejsce w znaczniejszém, ciągłém nasileniu gorączki, ilość acetonu w moczu z 24 godzin może dojść do pół grama. Autor rozróżnia 4 formy patologicznéj acetonuryi: 1) acetonuryję gorączkową, 2) a. dyjabetyczną, 3) a. w pewnych formach raka występującą, i wreszcie 4) która odpowiada obrazowi chorobowemu nazwanemu przez Kaulicha i Cantaniego acetonuryją. Acetonuryja gorączkowa występuje dopiero wtedy, gdy gorączka już dłuższy czas trwa bez przerwy. Dla tego też acetonuryja występuje w durze, płonicy, odrze, gruźlicy, zapaleniu płuc itd. Acetonuryja u dyjabetyków, opisana przez Kaulicha, nie jest koniecznym objawem moczówki cukrowéj. Zwykle mocze, zawierające mało cukru, nie zawierają acetonu. Inne znów mocze z większą ilością cukru, choć zawierają znaczną ilość acetonu, nie dają reakcyi Gerhardta. Autor zauważył, że wystąpienie acetonu w moczu dyjabetyków jest złym objawem. Chorzy tacy zwykle giną prędko pośród objawów zapadu. Jaksch nazywa postać acetonuryi, w któréj mocz daje także reakcyję z chlorkiem żelazowym, diaceturyja, dla odróżnienia od acetonuryi zwykłéj. Acetonuryja w pewnych postaciach raka należy do wielkich rzadkości. Autor widział ją tylko w rakach przełyku, żołądka, żołądka-trzustki, które szybko się smiercią kończyły. Wysoki stopień acetonuryi bez gorączki widział raz autor w przypadku wścieklizny. J. zaprawia pierwsze porcyje destylatu moczu rozczynem jodu w jodku potasu a następnie ługiem sodowym. W razie obecności acetonu powstaje żółty osad jodoformu (Lieben). Z ilości powstałego jodoformu ocenia autor ilość acetonu. (*Breslauer Ztg.* Nr. 3, 1883). *Dr. Kopff.*

Sevestre: **Zapalenie jądra w durze.**

Zapalenie jądra jest jedném z najrzadszych powikłań w durze, tak rzadkiém, że nie wspomina o niém Murchison w swém klasycznem dziele. Mimo to opisano w ostatnich czasach parę przypadków, jeden z nich opisał Sevestre w *Union médicale* dodając parę uwag odnoszących się do tego cierpienia. Chory przebył silny dur i był w pełni ozdrawiania, nie miał gorączki, chodził po pokoju, gdy nagle doznał znacznego bólu w pachwinie a badanie wykazało, że prawa strona moszen była zaczerwienioną, jądro nabrzmiałe i bolesne. Przyjądrze nie było zajęte, lecz powrózek nasienny był nieco bolesny. Lewe jądro było prawidłowe, brak również było wszelkich zboczeń w drogach moczowych. Zapalenie stopniowo zmniejszało się i znikło z końcem 6go dnia. Cierpienie to występuje zwykle równie nagle, jak w tym przypadku. Najczęściéj zdarza się cierpienie wzmiankowane w okresie ozdrawiania w 3, 6, 10 a nawet w 20 dni po ustaniu gorączki. W opisanych przypadkach nie ma wzmianki o żadném poprzedzającém lub następowém cierpieniu, do którego możnaby odnieść zapalenie jądra. Pojawianiu się zapalenia jądra towarzyszy powrót gorączki a ciepłota może się wznieść do 39·5—40·0°C. tętno do 120 i pojawić się gwałtowne dreszcze. W takich razach, zwłaszcza gdy miejscowe cierpienie jest lekkie, lekarz łatwo mógłby przypuścić, że ma do czynienia z nawrotem duru, w przypadkach więc nie dającéj się wytlumaczyć gorączki w okresie ozdrawiania należy zawsze badać moszna. W bardzo rzadkich przypadkach zdarza się zapalenie jądra, zanim pierwsza gorączka minie. Gdy cierpienie jest lżejszego stopnia, to może ograniczać się do uczucia niedogody w jądrze, które nie zawsze wzmaga się śród ucisku. Nawet gdy zapalenie jest wyższego stopnia, ból nie jest nigdy wielki i nie przybiera nigdy cechy nerwobólu. Zapalenie jest zawsze jednostronne a przyjądrze nigdy nie bywa zajęte. Zdaje się, że cierpienie to częściéj zdarza się po prawéj stronie niż po lewéj (na 9 przypadków 7 razy). W większéj liczbie przypadków (8 razy na 12) cierpienie jest nieznaczne, zapalenie nie przekracza okresu nawałowego i kończy się w ciągu 6—10 dni. Czasem nie dosięga i tego stopnia, jedynie ma miejsce przemijające nawałowe obrzmienie. Czasem znów przebieg jest mniéj łagodny, miejscowe zapalenie dosięga znacznego stopnia nasilenia i może przyjść do wytworzenia ropy a ropienie doprowadzić do zupełnego zniszczenia narządu. Nadto w przypadkach o lekkim przebiegu pozostaje czasem trwałe stwardnienie koło przyjądrza, a w jednym przypadku nastał w skutek tego zanik jądra. Patologija tego cierpienia jest jeszcze ciemną. Okoliczność, iż cierpienie to zdarza się szczególnie często w niektórych epidemijach, nie przyczynia się do wyjaśnienia przyczyny. Z proponowanych teoryj, że to gośćcowe zapalenie lub należące do rzędu tych zapaleń, jakie nastają po płonicy, lub też, że zapalenie to jest następstwem zatkania żyły nasiennéj, żadna nie wydaje się zadowalającą. (*The Lancet*, 1882, II, Nr. 23). *Dr. Grabowski.*

Wiadomości pomniejsze.

(γ) **Alkaloid w ślinie ludzkiéj.** W ciągu roku zeszłego wpływ śliny w dziedzinie patologii doświadczalnéj zajmował bardzo wybitne stanowisko, dość wspomnieć doświadczenia Pasteura i innych badaczy francuskich. W r. 1881 Gautier mniemał, że wykrył w ludzkiéj ślinie pewne ciała chemiczne podobne do alkaloidów. Ciała te wstrzyknięte do organizmu zwierzęcego wy-

wołują objawy najwybitniéj występujące u ptaków, a podobne do tych, które sprawia jad wężów. Odo Bujwid usiłował stwierdzić i rozszerzyć twierdzenia Gautiera ale bezskutecznie. Nie zaprzecza on wprost istnieniu alkaloidu, lecz doświadczenia czynione na gołębiach, kretach i żabach wywołały skutki zupełnie sprzeczne. (*The Lancet* 1883, I. Nr. 10).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z Walnego zgromadzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu z d. 21 grudnia 1882.

W przedpołudniowych godzinach, według programu, odbywały się wizyty w szpitalach Sióstr Miłosierdzia, u św. Józefa i okulistycznym Zakładzie Dra Wicherkiewicza, gdzie naczelni lekarze najciekawsze przedstawiali przypadki.

Popołudniowe posiedzenie rozpoczęło się o godzinie 6éj przy dość licznym udziale członków. Z członków zamiejscowych byli obecnymi: Dr. Laurentowski z Obornik i Dr. Pernaczyński z Wrześni, z miejscowych doktorzy: Matecki, Świderski. Kaczorowski, Kramarkiewicz, Kapuściński, Szulc, Grodzki. Jarnatowski, Osowicki, Batkowski, Jerzykowski, Koszutki i sekretarz; jako gość przybył Dr. Kosowski z Pobiedzisk. Przewodniczącym obrano jednogłośnie Dr. Laurentowskiego. Na wniosek sekretarza uwolniono go od odczytania zbyt długiego sprawozdania z ostatniego posiedzenia z powodu, że i tak sprawozdanie to, w Przeglądzie Lekarskim umieszczone, większość czytała.

Nastąpiła rozprawa nad trzecim działem porządku obrad, t. j. nad chorobami nagminnie czasowo panującemi, którą wszczął Dr. Kapuściński przytaczając, że płonica z dyfteryją w mieście jeszcze nie ustaje. Na zapytanie kol. Laurentowskiego, jaką koledzy uważają śmiertelność w tych chorobach, odpowiada Dr. Kaczorowski, że niezbyt liczne przypadki obecnie jeszcze pojawiające się, bardzo łagodnie przebiegają. Lecz mimo to w trzecim tygodniu choroby często uważa obrzęki odnóg i białko w moczu przemawiające za tém, że mimo łagodnego przebiegu choroby te powikłane były ze zajęciem nerek, a obecnie leczy przypadek powikłany z zgorzeliną płuc. Nadto zauważa, że obecnie często spotyka przypadki zapaleń oskrzeli, niekiedy także zimnicy, podczas gdy dur coraz więcéj ustępuje. Kol. Matecki zauważył u dzieci 10—12 letnich śród bardzo słabéj gorączki, która nawet w krótkim czasie ustępowała, czerwoność skóry; czerwoność ta nawet nieraz i bez objawów gorączkowych powstaje i znika. — Dr. Świderski przytacza przypadek odry w téj saméj familii u dwojga dzieci. Przebieg nader łagodny w krótkim czasie powrót do zdrowia; jedno z dzieci i to starsze pozostało zdrowém, podczas gdy u drugiego po dwóch tygodniach nagle ciepłota podniosła się do 40% i pojawiła się wysypka jak w płonicy ze zajęciem gardła itd. Po dwóch tygodniach wszystkie objawy chorobowe zniknęły ustępując zupełnemu zdrowiu, tak, że po pięciu dniach chora łóżko opuścić mogła. Głównym środkiem wtenczas podawanym był chloran potasowy. — Kol. Osowicki sądzi, że dłuższą gorączkę, jaka występuje po szkarlatynie, tłumaczyć należy zajęciem nerek. Z 49ciu przypadków, których bieg badał w szpitalu dziecięcym, 3 tylko skończyły się śmiercią. Kol. Pernaczyński miał we Wrześni liczne przypadki płonicy ze zajęciem i bez zajęcia nerek. Sposób leczenia jego polega na wkładaniu nóżek i rączek w ciepłą wodę, do któréj dodaje jeszcze gorczycę w zamiarze odprowadzenia krwi od opon mózgowych i zaręcza, że mimo często silnéj gorączki i nader ostrego przebiegu nie miał ani jednego przypadku śmiertelnego. Przypadki zaś, gdzie w moczu nie białko lecz śluz się pokazywał, śród podawania kwasu garbnikowego już w kilku dniach wyzdrowieniem się kończyły. W razie kurczu podaje chlorek rtęciowy, kwiat będźwinowy, i kładzie lód na głowę, po ustąpieniu zaś zapalnych objawów przepisuje półtorachlorek żelaza i to po 3 krople kilka razy dziennie. — Kol. Jarnatowski raz jeszcze zwraca uwagę na spostrzeżenia dawniéj już Towarzystwu udzielone, a mianowicie, że we familijach, u których dzieci na płonicę i błonicę zapadły, inni członkowie dostali wodnych obrzęków odnóg. Z 4 chorych jeden miał tylko trochę gorączki i zajęcia gardła. — Kol. Pernaczyński przypomina sobie, że podobne przypadki opisano w *Wiener med. Zeitung*. Zwraca tu na to uwagę, że w płonicy może być angina bez wysypki, wysypka bez anginy lub wreszcie zajęcie nerek bez wszystkich innych objawów. — Kol Kapuściński przypomina spostrzeżenie Henocha, który zapalenie gardła, nazwane powszechnie dyfteryją, w płonicy uważa za odrębne zupełnie cierpienie, do którego oznaczenia nadaje się najwięcéj nazwa *synanche contagiosa*. — Kol. Osowickiemu zdarzył się przypadek u 7-letniego dziecka, które przebywszy dyfteryczne owrzodzenia na migdałkach po 9 dniach dławcem krtani dotknięte zostało. — Po przemówieniu jeszcze kilku innych kolegów w téj sprawie zabiera w końcu głos kol. Matecki odpowiadając na pytanie Dra Kapuścińskiego, że przypadek przez siebie przytoczony uważał za zwyczajny rumień. —

Kol. Pernaczyński przytacza ze swéj praktyki przypadek znacznego zranienia kolana i okolicy maszyną. Opatrzył on ranę azotanem wismutowym zasadowym zastępując środkiem tym „nieprzyjemny mu ze wszech miar“ jodoform, który tak wielce daje się we znaki powonieniu. Nadzwyczaj korzystny dotychczasowy przebieg pozwala mu wróżyć, że w wismucie znajdzie silnego rywala trójjodku fenilu. Bliższe szczegóły o tym przypadku przyobiecuje kol. P. podać późniéj na ręce sekretarza. — Dr. Wicherkiewicz zwraca na to uwagę, że i zkądinąd wismut zachwalany był jako środek przeciwgnilny i gojący; i tak między innymi zachwala Dr. Balue w szpitalu Neckera w Paryżu wismut w proszku jako cenny i najlepszy środek w obec wrzodów żylakowych (*Journal de médecine de Paris*, Nr. 15, 1882).

Nastąpił wykład Dra Kaczorowskiego pod tytułem: „Przyczynek do chirurgicznego leczenia suchót płucnych“. (Wykład ten umieszczonym będzie w Przeglądzie Lekarskim).

W rozprawie nad tym wykładem pierwszy zabiera głos Dr. Pernaczyński, sądząc że przypadek przytoczony przez Dra Kaczorowskiego chwilowo mało nadaje się do dyskusyi, ponieważ, zdaniem kol. P., nie jest jeszcze rzeczą pewną, czy chodziło tu o wysięk opłucny lub téż o ropień płucowy, gdyż dostatecznych podstaw do rozpoznania kol. P. nie posiada, mimo, że przypadek ten od początku badał. Dopiero trzeciego dnia spostrzegł stłumienie z dołu, a w 2 tygodnie późniéj nastąpiło nagłe wykrztuszenie ropy śród kaszlu. Szukał téż w literaturze i znalazł 3 przypadki opisane, w których ku końcowi 2go tygodnia otworzyły się ropnie opłucnowe na wewnątrz do płuc (do większego oskrzela). Tak on jako téż prof. Fischer z Wrocławia i Dr. Krzyżagórski w Wrześni zgadzali się na rozpoznanie ropnia opłucny. Po wykrztuszeniu ropy nastąpił oddech oskrzelowy. — Na to zauważa Dr. Kaczorowski, iż objawy fizyczne robiły wrażenie wysięku opłucny. Wylewu ropy tutaj jednak nie było, nie było téż otoku piersiowego, a tylko rozstrzeń oskrzelowa powstała przez koklusz, po którym jak wiadomo śródmiąższowe zapalenia płuc pozostawiają jamy oskrzelowe. Stan ogólny odżywienia nie pogorszył się po rękoczynie, tylko przeciwnie polepszył, co przemawia za skutkiem tegoż. Dr. Matecki przypuszcza, iż chodziło w tym przypadku o wysięk opłucny. Tak kol. Pernaczyński, jak kol. Kaczorowski potwierdzili, że ropy nie było, tylko w głębi tkanka komórkowa, która mogła powstać w skutek owrzodzenia płuca. Dr. Pernaczyński przyznaje, iż niesłusznie pominięto badanie drobnowidowe, czy w plwocinach nie znajdują się pierwiastki sprężyste, przemawiające za rozpadaniem się miąższu płuc, a zapytuje się, czy zdarzają się przypadki, że ropnie opłucny wylewają się do płuc? Nie chce on rozstrzygać, czy obecny dobry stan choréj przypisać wypada rękoczynowi, mianowicie w obec bardzo dobrych stosunków, w jakich chora żyje. Kol. Matecki w odpowiedzi na czynione przez kol. Pernaczyńskiego pytanie przytacza przypadek z dawnych czasów, gdy u asystentki w zakładzie Sióstr Miłosierdzia utworzył się wrzód na wątrobie, tenże pękł prawdopodobnie do płuc, co ztąd wnosić wypadało, iż obfite nastąpiło plucie ropą, a śp. Dr. Marcinkowski wraz z innymi lekarzami uważał chorą z powodu objawów suchot płucnych za straconą. Tymczasem chora żyła jeszcze lat 29. Podobnie więc i wrzody opłucny mogą pęknąć do płuc. — Kol. Kaczorowski nadmienia, iż kol. Pernaczyński zmienił zdanie swoje dawniejsze co do tego przypadku. Ognisko zapalne musiało pozostać to samo, a w niém pierwiastki elastyczne znajdować się nie muszą, cuchnące zaś plwociny przema-

wiały za sprawą odgrywającą się w płucach lub przynajmniéj w oskrzelu. Co do rękoczynu zaś, to ogólny stan choréj i zbiornik ropy uprawnił do niego. — Kol. Świderski zapytuje się jeszcze o wywiady, i zwraca równocześnie na to uwagę, że rozszerzenie oskrzeli zwykle bez gorączki się rozwija, ropień zaś opłucnowy zupełnie wyklucza w tym przypadku, jeżeli gorączki nie było. Skłaniałby się więc do przypuszczenia rozstrzeni albo otoku piersiowego. Plwociny zaś pochodzące z rozstrzeni zawsze cuchną, jak to Dr. Kaczorowski w swoim przypadku opisał. Co do rękoczynu zaś, to jest za tém, aby wszystkie wysięki płuc starać się wydobyć na zewnątrz. — Po uwadze kol. Pernaczyńskiego, że dziewczę rok przedtém chorowało na koklusz, a następnie chodziło przez rok cały do szkoły, a potém przez trzy dni gorączkowało, skłania się kol. Świderski do przypuszczenia, iż tutaj rozstrzeń przeszła nagle w otok piersiowy. Na tém zakończono ożywioną rozprawę, w któréj wszyscy prawie obecni członkowie brali udział.

Następnie mówił Dr. Wicherkiewicz o keratoskopii (wykład ogłoszony w Nrze niniejszym Przeglądu Lek.) i na kilkunastu przypadkach objaśniał zastosowanie keratoskopii Dra Placida celem rozpoznawania nieprawidłowości rogówkowych, poczém posiedzenie, które do godziny 9téj trwało, zamknięto.

Dr. B. Wicherkiewicz,
Sekretarz.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

○ Część VIII Dziennika ustaw i rozporządzeń dla Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z W. Ks. Krakowskiém wydana dnia 6 marca 1883 zawiera Nr. 22 uchwałę Sejmu krajowego z dnia 22 maja 1875 ustanawiającą statut i etat dla krajowego szpitala powszechnego w Lwowie.

○ Rząd węgierski wydał świeżo: *Additamentum ad Pharmakopoeam Hungaricam.* Pierwsza z farmakopei europejskich oddała hołd chirurgii angielskiéj przyjmując opatrunek listerowski i inne antyseptyczne opatrunki do spisu leków przyjętych. Pod napisem: *Ligamenta antiseptica* znajdujemy tam *Chorda carbolata* (*catgut*); *Filum sericeum antisepticum* (*carbolised silk*); *Gaze salicylatum* (*salicylic gaze*); *Lana gossypii salicylata* (*salicylic wool*) i *Tubuli praeparati carbolati* (*dreny*).

○ Paryż. Minister zażądał od Izby deputowanych kredytu 30.000 fr. na urządzenie pracowni komitetu higijenicznego francuskiego. Zwrócił przytém między innemi powodami uwagę, że podobne pracownie istnieją przy Urzędzie zdrowotnym niemieckim i Board of Health w Anglii. Pracownia, mająca się urządzić, będzie miała na początek skromne rozmiary. Ma znaleźć pomieszczenie w domu wynajętym od gminy m. Paryża za czynszem 2.500 fr. Potrzebne reparacyje i zaadaptowanie kosztować będą 18.000 fr. łącznie ze sprzętami. Nabycie instrumentów, odczynników, produktów chemicznych obliczono na 12.000 fr. Na koszta utrzymania i płace ma być osobno wyznaczona suma 15.000 fr.

○ Objawy powrotu do zdrowia w durze i płonicy. Dr. Chauffard podaje w *France médicale.* iż pojawienie się licznych powierzchownych wrzodów i polyuryi są dwoma objawami powrotu do zdrowia w durze. Dr. Maujot kreśląc w *Lyon médical* opis epidemii płonicy w Belley podaje, iż obniżenie gorączki cechowało się zawsze niezwykłą powolnością tętna. Powolności téj nie można było przypisywać jakiemuś cierpieniu nerwowemu lub serca ani téż działaniu jakiego trującego wpływu. Pojawia się ono 5go lub 6go dnia, gdy wysypka poczyna bledniéć i utrzymuje się przez okres łuszczenia aż do ozdrowienia. Tętno opada do 44 i 46 na 8 lub 10 dni a późniéj wznosi się powoli do 60. Obniżenie to było objawem rychłego powrotu do zdrowia.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 25 lutego do 3 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 30,1. Z ospy umarło 1 (1 z. t.); z błonicy 0 (1 z. t.); z róży 1 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry, 2 płonicy, 1 duru brzusznego, 1 róży. W tygodniu od 18—24 lutego ospa w Londynie złagodniała. Zapadło świeżo 11, umarło 6, leczyło się w szpitalach 88. W Pradze umarło 1, w Brukseli i Warszawie po 2, w Murcyi 4, w Granadzie i Lizbonie po 5, w Roterdamie 6, w Paryżu 11, w Petersburgu 24, w Nowym Orleanie 32, w Baltimore 69, w Rio de Janeiro 49. Odra zabierała więcéj ofiar w Stokholmie, Paryżu i Londynie. Z duru umarło mniéj w Paryżu, Petersburgu i Bukareszcie. W Kalkucie umarło od 7—13 stycznia 49 osób z cholery.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 18 do 24 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,1; w Warszawie 25,3; w Poznaniu 33,6; w Wiedniu 32,7; w Pradze 37,8: w Berlinie 25,7; w Wrocławiu 34,2; w Gdańsku 30,9; w Kolonii 25,5; w Mnichowie 32,7; w Dreźnie 23,1; w Lipsku 23,4; w Bazylei 19,1; w Brukseli 26,3; w Amsterdamie 31,2; w Hadze 29,5; w Paryżu 27,8; w Londynie 20,5; w Kopenhadze 25,4; w Stokholmie 25,4; w Chrystyjanii 18,3; w Petersburgu 38,3; w Rzymie 24,3; w Wenecyi 31,7; w Bukareszcie 32,0; w Lizbonie 26,6; w Nowym Yorku 25,4; w Filadelfii 26,6; w Rio de Janeiro 53,1; w Bombayu 29,3; w Madrasie 40,8. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 marca. W pierwszych dniach przyszłego tygodnia przybędą do Krakowa członek Wydziału krajowego p. Dr. Hoszard oraz sekretarz Namiestnictwa p. Ottmann, celem ostatecznego załatwienia sprawy odstąpienia gruntu pod budowę zakładu anatomii patologicznéj.

* Z przyjemnością dowiadujemy się, że kol. Obtułowicz w Buczaczu szczęśliwie przebył dur osutkowy.

* W Wilnie obchodzono 25-letni jubileusz pracy lekarskiéj Dra Adolfa Majewskiego. zasłużonego i powszechnie szanowanego męża. (*Kur. Warsz.*)

□ Z prawdziwą radością witamy wiadomość podaną przez Časopis lek. č. (Nr. 10), że Wydział lekarski czeski zostanie otwarty z początkiem przyszłego roku szkolnego; wydatek z kasy państwa, niezbędny do tego wiekopomnego dla bratniego narodu dzieła, otrzymał najwyższe zezwolenie cesarskie. Časopis l č. oddaje wszelką słuszność namiestnikowi baronowi Krausowi, który dołożył wszelkich starań u korony i rządu, ażeby urzeczywistnić ten czyn słuszności i dziejowéj sprawiedliwości. W obec tego faktu dokonanego zgorszeni jesteśmy małodusznemi szykanami językowemi, których dopuścił się prof. Hering przy promocyi kandydatów narodowości czeskiéj. Namiętność i fanatyzm wstąpiły w prawa rozwagi i sprawiedliwości, tych cnót niezbędnych dla prawdziwie uczonego kierownika młodzieży.

C Miłośnik spokoju nie powinien wybierać Uniwersytetu w Jenie za miejsce nauki. Nie mniéj niż dwadzieścia jeden pojedynków na seryjo odbyło się tam między studentami w ciągu jednego dnia. Powiększa jeszcze niebezpieczeństwo wypływające z tego barbarzyńskiego zwyczaju i to, że niedokładnie oczyszczona broń sprowadza w wielu razach zakażenie krwi i obecnie z tego powodu przeszło czterdziestu młodych ludzi leży w szpitalu w bardzo opłakanym stanie. (*The Lancet*).

* Jak dawniéj w Anglii, tak obecnie w Ameryce północnéj istnieje klasa ludzi, nazwanych *resurrection men* od szczególnego zawodu, któremu się poświęcają; wygrzebują oni zwłoki ludzkie na cmentarzach celem sprzedania ich zakładom anatomicznym. Prawo amerykańskie nie dozwala, aby zwłoki ze szpitali przesyłano do amfiteatrów anatomicznych, nawet nie zezwala wydania im zwłok zbrodniarzy powieszonych za wyrokiem. Zakłady anatomiczne atoli bez trupów obejść się nie mogą i nie obchodzą się; otrzymują je więc albo za wysoką opłatą i w sposób skryty od posługaczy szpitalnych albo zmuszone są zachęcać pewną warstwę ludzi do kradzenia zwłok pochowanych na cmentarzach. Że tak się dzieje, jest tajemnicą powszechnie znaną, ale dotychczas jeszcze nie przyszło z tego powodu do skandalu głośnego. Gdy jednak w ostatnich czasach rozeszła się w Filadelfii wieść, że na tamecznym cmentarzu Lebanon kradzieże zwłok zbyt często się powtarzają, kilku dziennikarzy miejscowych postanowiło rzecz zbadać i wykryć prawdę. To téż udało im się przychwycić 4 ludzi na gorącym uczynku, którzy stawieni przed Sąd, zeznali, że od lat trzech trudnią się tém rzemiosłem, a to z polecenia demonstratorów przy anatomii w szkole lekarskiéj Jeffersona, Drów Forbesa i Behana. W szczególności podali, że raz na zlecenie Forbesa wykradli trupa z więzienia miejscowego, że następnie jeden z asystentów Dra Lohmann namówił ich, aby wykradli zwłoki niewiasty, pochowanéj na cmen-

tarzu Lebanon, i że zwłoki te sam Lohman w swoim wozie zawiózł do szkoły Jeffersona; że wreszcie późniéj jeszcze 13 ciał dostarczyli Lohmanowi z tegoż cmentarza, działając w porozumieniu z bratem dozorcy miejscowego, który sam im wskazywał groby odpowiednie. —W skutek tych zeznań aresztowano wszystkich 3 doktorów oraz dozorcę cmentarza i jego brata a rozprawa ma odbyć się niezadługo. Spodziewają się surowego ukarania przestępców, ponieważ opinija publiczna mocno jest rozjątrzoną, zwłaszcza gdy równocześnie podobne kradzieże wykryto i w Richmondzie i Montreal. (*Annales d'hyg. publ.* 1883, mars).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Proff. Lambl obecnie w Warszawie i Tomsa w Kijowie, obaj rodowici Czesi, przyjęli katedry w Wydziale lek. czeskim, pierwszy anatomii patolog., ostatni fizyjologii. — **Marburg.** Prof. Ahlfeld z Giessen mianowany został prof. ginekologii i położnictwa.

* **Nekrologija.** D. 20 lutego r. b. umarł w Paryżu w 81 roku życia znany fabrykant narzędzi chirurgicznych Luër. Rodowity niemiec z Brunświku żył on przez pół wieku w Paryżu i znany był w całym świecie naukowym.

○ Dr. Bertillon znany statystyk umarł z choroby serca powikłanéj z chorobą Brighta d. 28 lutego w sześćdziesiątym drugim roku życia. Od wczesnéj młodości zdradzał upodobanie do poszukiwań statystycznych a tytuł jego rozprawy inauguralnéj w r. 1852: „O niektórych zasadach higijeny w stosunku do długości życia" świadczył o téj jego skłonności do nauki, którą następnie rozwinął do tego stopnia, iż uważano go, we Francyi przynajmniéj, za założyciela gałęzi, która nosi nazwę demografii. Jego zasługi w tym kierunku tak oceniano, iż prefekt Sekwany utworzył w r. 1880 nowy urząd, którego dyrektorem mianowano Dra Bertillona, a z tego urzędu rozchodziły się co tydzień sprawozdania o śmiertelności po całéj Europie. Dr. Bertillon był wielce uczonym w ogóle, wytrawnym botanikiem i znakomitym antropologiem. Do jego dzieł o botanice, a szczególniéj mykologii, o fizyjologii, demografii, antropologii, o lekarskiéj i naukowéj filozofii można się zawsze z pożytkiem uciekać. Umarł wdowcem pozostawiając trzech synów, z których najstarszy Jakób Bertillon jest Drem medycyny i zdaje się, że odziedziczył po ojcu wielkie zdolności i szczególne zamiłowanie do demografii. Dr. Bertillon był członkiem „*Société d'Autopsie Mutuelle*", któremu stosownie do statutu zapisał nie tylko swoją głowę ale całe ciało, po sekcyi zwłoki jego pogrzebano cywilnie na cmentarzu w Neuilly w obec wielkiéj liczby opłakujących go przyjaciół.

Piśmiennictwo lekarskie. **Sprawozdanie z czynności warszawskiego szpitala dla dzieci wyznania mojżeszowego fundacyi małżonków Bersohn i Baumann, za czas od d. 1 lipca 1878 r. do 1 stycznia 1882 r.**

O powstaniu warszawskiego szpitala dla dzieci wyznania mojżeszowego wiedzieliśmy już dawniéj z prac naukowych, które wyszły z tego zakładu; sprawozdanie, które mamy przed sobą zaznajamia nas gruntownie z dziejami jego założenia, budową, organizacyją, zasobami, kierownictwem, ruchem chorych itd. I w téj pobieżnéj notatce biblijograficznéj nie należy nam pominąć milczeniem nazwisk pp. Bersohna i Baumana, którzy czynem znacznéj ofiary pieniężnéj stali się fundatorami tak pożytecznego dla kraju zakładu i dobrze zasłużyli na wdzięczność mieszkańców stolicy.

Szpital mieści się na przestrzeni 8557 łokci kw. i składa się z kilku budynków. Właściwy szpital jest jednopiętrowym i zawiera pięć sal mieszczących po 6 łóżek dla chorych, a siódme dla posługaczki; sale są obszerne, jasne; na jednego chorego przypada 51,4 metrów sześciennych powietrza; przewietrzanie odbywa się wentylatorami, o ile z opisu wnosić można bardzo praktycznie urządzonemi, sale malowane farbą wodną. Drzwi z pierwszych czterech sal wychodzą na wspólny korytarz; sala piąta oddzielona od reszty murem, ma osobny wchód, i służy do pomieszczenia cierpiących na choroby zakaźne. Szpital posiada łazienki, a w przedsionkach prowadzących do sal bocznych również znajduje się po jednéj wannie.

Na dole mieści się czekalnia, biblijoteka, sala posiedzeń' ambulatoryjna, apteczna, operacyjna, oraz sala o trzech łóżkach dla chorych, wymagających odosobnienia po operacyjach. Kuchnie i wszelkie pomieszczenia gospodarskie, prócz pralni, znajdują się w suterenach; jedzenie podaje się na I piętro za pomocą windy.

W małym bocznym jednopiętrowym budynku znajduje się mieszkanie lekarza zakładowego na I. piętrze, na dole wejście i mieszkanie odźwiernego; za tym budynkiem mieści się pralnia z suszarnią, obora itd. W najdalszym zakątku ogrodu znajduje się trupnia. Szpital posiada gaz i wodociągi.

Podług statutu do szpitala przyjmują się bezpłatnie dzieci chore w wieku od 3 do 12 lat włącznie, cierpiące na choroby wewnętrzne, chirurgiczne, skórne i zakaźne. W godzinach przedpołudniowych (10—1) udzielają lekarze porady chorym przychodzącym bez różnicy wyznania.

Zarząd szpitala znajduje się w ręku komitetu złożonego z prezesa i 5 członków. Naczelnym lekarzem jest Dr. Portner, ordynującym oddziału chor. wewn. Dr. J. Kramsztyk, oddz. chirurg. Dr. Dinte; p. o. lekarza miejscowego Dr. Wolberg. Szpital ma stale mieszkającego w zakładzie felczera. Łącząc cel humanitarny z naukowym dobrodzieje szpitala założyli biblijotekę pedyjatryczną; lekarze szpitalni odbywają co miesiąc posiedzenia, na których roztrząsają ważniejsze przypadki w zakładzie spostrzegane. Obok gospodyni i posługaczek nocne czuwanie na salach odbywają obywatele z miasta, którzy wywiązują się z tego zadania filantropijnego ku zadowoleniu tak komitetu jak i lekarzy. Dochody w latach objętych sprawozdaniem przewyższały wydatki; w r. 1881 średnio jeden chory kosztował dziennie 69,6 kop. Wiedząc, że 3 pierwsze lata nie dają należytego wyobrażenia o ruchu chorych, podajemy tu liczby z r. 1881, z ostatniego z objętych sprawozdaniem: leczono 401 dzieci, przychodnich było 5523, którym udzielono 9690 porad; śmiertelność wynosiła 15,5%; średni pobyt jednego chorego w szpitalu był 20 dni; średnio każdodziennie było w szpitalu 23 chorych. Sprawozdanie statystyczno lekarskie ułożone przez Dra Portnera daje należyte wyobrażenie o czynnościach lekarskich zakładu. Przedewszystkiém uwydatnić należy część chirurgiczną, w któréj znajdujemy bogaty spis wykonanych operacyj, niektóre z nader pomyślnym skutkiem: przecięcia tchawicy dokonano u 21 chorych, z których 9 wyzdrowiało. W oddziale chorób wewnętrznych leczono cierpienia wszystkich narządów, oraz choroby zakaźne; olbrzymi ruch chorych, leczonych ambulatoryjnie, świadczy o zaufaniu publiczności do zakładu i jego kierowników; ambulatoryjum pedyjatryczne ma obok leczniczego zadanie cywilizacyjne: jest ono katedrą przeznaczoną do zwalczenia najwięcéj zakorzenionych przesądów, dotyczących fizycznego wychowania dzieci. Przyznajemy, że z radością wczytywaliśmy się w szczegóły téj nowéj instytucyi, mającéj w naszych stosunkach ważne przeznaczenie humanitarne i społeczne; przekonani jesteśmy, że fundatorowie znajdą równie szlachetnych i ofiarnych naśladowców i rozszerzą ten szpital w tym stosunku, jaki odpowiada liczbie izraelickich mieszkańców Warszawy; ufać należy, iż w takim razie powstałby pawilon, który zastąpiłby obecną wspólną salę dla chorych zakaźnych, będącą bądź co bądź wadą organiczną instytucyi, o któréj piszemy i która nie harmonizuje z temi pojęciami, jakiemi kierowano się przy budowie i zarządzeniach higijenicznych budynku; możeby było właściwiéj zupełnie nie przyjmować chorób zakaźnych, a salę rzeczoną przeznaczyć dla przypadków zaszłych w samym szpitalu, aniżeli gromadząc wszystkie choroby zakaźne w jednéj sali, wytworzyć dla lekarzy źródło niewyczerpane kłopotów, a dla publiczności podstawę do obaw z jednéj a do wyrzutów z drugiéj strony. Ale „podług stawu grobla": jeżeli w całym świecie początki są trudne, to u nas najtrudniejsze; raz rozpoczęte dzieło uznanéj i ocenionéj wartości rozwinie się i wydoskonali, jako proste następstwo organicznego rozwoju i wynikłych z niego potrzeb społecznych. *Dr. A. Kwaśnicki.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Pamiętniku Tow. Lek. warsz.* Zeszycie 1szym z r. b.: Strzeszewskiego: Porównanie pożywności mięsa wołowego, roślin strączkowych i glutenu; Wróblewskiego: Marcin z Urządowa i jego zielnik; Jaworskiego: Porównawcze badanie nad zachowaniem się wody i soli karlsbadzkiéj, wody kisyngskiéj i przekroplonéj w żołądku ludzkim. —W *Gazecie Lek.* Nr. 10: Jakowskiego: Próba szczepienia laseczników gruźliczych; Pacanowskiego: Kilka uwag nad przebiegiem tyfusu brzusznego i wysypkowego (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 10: Florkiewicza i Rogowicza: Przypadek przybłoniaka

szyi macicznéj (dok.); Dobrzyckiego: Z dziedziny chorób pamięci.

Redakcyja otrzymała:

Sprawozdanie c. k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych Galicyi za rok 1878, 1879 i 1880. Lwów 1881, in 4to 71 i XLVII.

Piśmiennictwo lekarskie. MERKEL Fr. Beiträge zur Kenntniss der postembryonalen Entwicklung d. menschlichen Schädels. Mit 7 Tfln. gr. 4. Bonn, Cohen et Sohn. M. 6.

MEYER H. v. Zur genaueren Kenntniss der Substantia spongiosa der Knochen. Lex-8. Stuttgart, Cota M. 80.

MOREAU P. De l'homicide commis par les enfants. 8 Paris Asselin et Co. Fr. 3½.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 21go bm. o godzinie szóstéj wieczór w salach Akad. Umiej. zwyczajne posiedzenie, na którém prof. Dr. Rosner przedłoży swe „uwagi nad leczeniem kiły przez wstrzykiwanie rtęci pod skórę," a Dr. Schramm przedstawi kobietę uleczoną, na któréj prof. Mikulicz wykonał resekcyję żołądka.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Zarząd Biblijoteki Uczniów Wydziału Lekarskiego przypomina PP. Lekarzom, którzy dotąd książek nie zwrócili, że termin 2-miesięczny upływa z początkiem Kwietnia rb.; jeżeli więc książek nie zwrócą sami, zmuszą Zarząd do udania się na drogę sądową.

W Krakowie dnia 15 Marca 1883.

Z Zarządu Biblijoteki.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.